UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1942-1943

N° 34

RÉFLEXIONS

SUR LES

RECTO-COLITES HÉMORRAGIQUES

DE CAUSE INCONNUE

A propos de 33 cas personnels

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mardi 29 juin 1943

PAR

René-Georges-Henri GUZY

Diplômé de Médecine coloniale et d'Hygiène
Diplômé d'Études médicales supérieures et d'Éducation physique

Né à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne), le 11 juin 1918

JURY ..... MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président.*
BONNIN, professeur ..... *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
DUBARRY, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1943

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536503_0082

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1942-1943

N° 34

RÉFLEXIONS

SUR LES

RECTO-COLITES HÉMORRAGIQUES

DE CAUSE INCONNUE

A propos de 33 cas personnels

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mardi 29 juin 1943

PAR

René-Georges-Henri GUZY

Diplômé de Médecine coloniale et d'Hygiène
Diplômé d'Études médicales supérieures et d'Éducation physique

Né à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne), le 11 juin 1918

JURY .....
- MM. DUPÉRIÉ, professeur ..... *Président.*
- BONNIN, professeur ..... *Juges*
- LOUBAT, agrégé ..... *Juges*
- DUBARRY, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC.
Assesseur ..... M. LABAT.
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DENIGES, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZES, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ANDERODIAS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPERIE.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY.	Clinique des maladiesinfectieuses.....	DAMADE.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Clinique d'accouchements..	RIVIERE.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie pathologique et microscopie clinique ..	N.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	JOULIA.
Anatomie	VILLEMIN.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Hygiène	LEURET.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale ..	RECHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologique	CREYX.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	VITTE.		
Physiologie	FABRE.		
Zoologie et parasitologie..	SIGALAS.		
Médecine expérimentale ..	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique..	BEAUVIEUX.		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	N. MAHON.
Physiologie	FRANCK.	Ophtalmologie	N.
Médecine générale	PIECHAUD. N. DE GRAILLY. FONTAN. BROUSTET. DERVILLEE. SARIC. DUBARRY. LOUBAT.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
		Dermatologie et syphiligraphie	N.
		Physique médicale	N.
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie..	CASTAGNOU.
		Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	MASSE. DARGET. MAGENDIE. POUYANNE.	Pharmacie	MESNARD. GRANGER.
		Histoire naturelle médicale et parasitologie	R. MANDOUL.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	LOUBAT.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Accouchements	RIVIERE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Puériculture	FAUGERE.	Botanique	GIRARD.
Zoologie et parasitologie..	R. MANDOUL.	Cryptogamie.....	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législat. pharmaceutique..	POPLAWSKI.	Physiologie	LIARD.
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique.....	TAYEAU.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE, A MA MERE.

Je vous dois tout.

Je vous dédie ce modeste travail, bien faible témoignage de mon amour filial et de ma profonde reconnaissance.

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

A MES CAMARADES DE CAPTIVITE
DU STALAG XVIII C.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX.

A MES JUGES.

A Monsieur le Professeur Agrégé J.-J. DUBARRY,

Guide précieux au cours de ce travail dont il fut l'inspirateur, qu'il veuille bien y trouver l'expression de notre vive gratitude.

A MON PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur R. DUPÉRIÉ,

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Nous le remercions respectueusement du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Le chapitre des colites est, de l'avis même des auteurs qui l'ont le plus spécialement étudié, l'un des plus confus de la pathologie digestive. De multiples recherches l'ont démembré; elles ont permis d'y distinguer, parmi les états inflammatoires du côlon terminal, le groupe classique des dysenteries. Successivement furent isolées : la dysenterie bacillaire, les dysenteries parasitaires, certaines dysenteries symptomatiques et enfin les recto-colites hémorragiques. Mais alors que les précédentes étaient bien définies dans leur étiologie, cette dernière n'était, comme le disent Bachet et Arnous, que « ce qui restait des syndromes dysentériques quand toutes les causes connues avaient été éliminées ». C'est donc un qualificatif restrictif qui les caractérise, un caractère négatif (absence d'étiologie connue) qui les isole.

Néanmoins, au milieu de l'imprécision du cadre nosologique, deux terrains solides : la clinique et l'anatomie pathologique.

Notre étude comprend deux parties; dans la première notre but sera de faire une mise au point des recherches actuelles concernant cette question sur laquelle règnent encore d'assez nombreux points obscurs; ensuite nous exposerons nos observations et nous verrons si notre modeste expérience nous permet de verser quelques arguments sur les points encore en débat.

HISTORIQUE

Nous serons bref.

C'est en 1873 que Samuel Wilks signale la colite ulcéreuse qu'il découvre au cours d'une autopsie. Il l'a mentionnée dans son traité d'anatomie pathologique.

Son origine extra dysentérique est présentée deux ans plus tard par Allchin. Vient la période des études cliniques de la recto-colite, d'abord sous une impulsion chirurgicale avec Boas, Quenu, Labey. Puis Lockart-Mummery précise l'importance de la recto-sigmoïdoscopie dans son diagnostic. Son étude s'étend. En France, Cade, Segond, Hutinel, Nobécourt, Mathieu inaugurent la période des recherches étiologiques. A l'étranger, Zweig, Schmidt, Albu, Strauss.

Après la guerre 1914-1918, les recherches sont particulièrement poursuivies par Bensaude et son école. Les recto-colites font l'objet de la thèse d'Antoine. Notons encore : Massot, Cain, Oury, Sévin, Buttiaux et Surmont. A l'étranger : Schmidt, Bonorino Udaondo, Gallart-Monès, Hurst, Bargen, ces trois derniers étudiant surtout le point de vue bactériologique de l'affection.

En 1935, les recto-colites sont à l'ordre du jour du 1er Congrès international de gastro-entérologie de Bruxelles, puis au Congrès des colites, à Plombières.

Ces dernières années, d'importantes précisions ont été apportées par J. Rachet et A. Busson, ainsi que par Chêne, Savignac, Hillemand.

J. Delarue avec J. Rachet, encore, a apporté une importante contribution à l'étude anatomo-pathologique de cette affection.

J. Coste et J. Soullard consacrent leur thèse à l'étude de cette maladie.

Autrefois, les recto-colites hémorragiques passaient pour être une affection rare et mystérieuse, mais en réalité, — et depuis que nous savons mieux la dépister, elle est assez fréquemment rencontrée. Elle suscite des travaux chaque jour plus nombreux qui, peu à peu, percent son secret.

DEFINITION

C'est la première difficulté de l'étude des recto-colites que les définir et de limiter leur cadre nosologique.

Nous avons précédemment signalé que son principal caractère était d'ordre négatif : absence de toute étiologie connue. D'où la variété d'interprétation et, par la même, la confusion qui régnait il y a quelques années à peine sur cette question et qui entraînait les nombreuses dénominations de recto-colite ulcéreuse, recto-colite hémorragique et purulente, colite aiguë infectieuse, recto-colite ulcéro-hémorragique, recto-colite ulcéro-purulente, recto-colite cryptogénétique...

A l'heure actuelle, on peut définir la recto-colite avec J. Rachet comme « une maladie de long cours atteignant le côlon en partie ou en totalité, prédominant toujours à sa surface et à sa terminaison, évoluant par poussées successives entrecoupées de rémission, engendrant au moment de ces poussées un syndrome muco-hémorragique ». Pour Rachet encore, « cette affection, dont les causes nous sont encore inconnues, est l'expression clinique d'une maladie diathésique dans lesquelles les réactions vasculaires jouent le rôle essentiel ».

Pour cet auteur et, avec lui, Busson et Chène, la recto-colite muco-hémorragique, de cause inconnue, constitue une entité bien définie, une affection autonome, individualisée par son évolution, son image endoscopique et ses lésions.

La conception d'Hillemand est un peu plus large; pour celui-ci, le cadre des recto-colites graves d'origine indéterminée correspond « à ce qui reste et que nous connaissons

mal du groupe ancien des dysenteries du siècle dernier, vidé des dysenteries que l'on a isolées ». Aussi est-ce pour lui une raison de considérer ce reste « non comme une maladie, mais comme un syndrome groupant des faits divers dont l'étiologie nous échappe, qui se manifestent cliniquement par un syndrome dysentérique dont on ne retrouve pas la nature et anatomiquement par des réactions de la muqueuse recto-colique que l'on constate au microscope ».

On doit, dit Hillemand, considérer les recto-colites graves d'origine indéterminée comme un groupe d'attente, et il la définit ainsi : « C'est une maladie sérieuse atteignant le côlon soit en totalité, soit en partie, prédominant au niveau de sa surface et très souvent, mais non toujours, de sa terminaison, se traduisant le plus souvent par un syndrome dysentérique à allure aiguë ou chronique, évoluant souvent par poussées successives, dont l'étiologie nous est totalement inconnue et qui résiste le plus souvent aux thérapeutiques habituellement employées. »

Hillemand admet donc l'existence de la recto-colite hémorragique comme Rachet; mais, pour lui, cette recto-colite ne résume pas tout le cadre des recto-colites cryptogénétiques. Il existe d'autres formes voisines qu'il a peut-être classées à part.

Ainsi donc, à l'heure actuelle, le cadre nosologique des recto-colites n'est pas le même pour tous les auteurs français.

RAPPEL CLINIQUE

Nous ne traiterons pas de l'allure clinique des recto-colites hémorragiques, cette question ayant été très précisément et remarquablement étudiée par de nombreux auteurs. C'est un tableau de dysenterie, tantôt aiguë, tantôt chronique. Nous mentionnerons simplement les formes cliniques, telles que nous permettent de les admettre les définitions précédentes.

I. — Formes évolutives :

1° Force suraiguë : syndrome de l'hémorragie foudroyante. Cette forme est rare;

2° Forme aiguë : évolution vers la mort en 2 ou 3 semaines;

3° Forme chronique ou subaiguë des recto-colites hémorragiques et purulentes. C'est de loin la plus commune. L'évolution se fait par poussées;

II. — Formes symptomatiques :

1° Forme hémorragique;

2° Forme hémorragique et purulente;

3° Forme purulente pure, non admise par tous comme nous le précisons plus loin; comme les suivantes;

4° Forme ulcéro-gangréneuse et sphacélique;

5° Forme ulcéreuse;

6° Forme ulcéreuse et proliférante;

7° Forme infiltrante.

Notons enfin, avec P. Oury et R. Stieffel, que, souvent, les formes graves sont celles qui débordent largement l'ampoule et intéressent non seulement le sigmoïde, mais une portion plus ou moins grande du cadre colique. Dans les cas bénins on constate une stricte limitation des lésions à la muqueuse rectale.

Nous nous bornerons à l'étude des formes les plus communes et non les moins importantes : les recto-colites hémorragiques et les recto-colites hémorragiques et purulentes.

Les caractères cliniques principalement à souligner sont:

1° L'évolution par poussée;
2° Les résultats apportés par les examens endoscopiques en série;
3° L'association hémorragie et purulence.

Nous empruntons ces notions aux travaux de Bensaude d'abord, puis de Rachet et de ses élèves.

1° *L'évolution par poussées.* — Les recto-colites ont une évolution par poussées successives, souvent périodiques et rythmées. Le type annuel ou bisannuel à récidives printanières ou automnales est le plus fréquent. Les poussées surviennent inopinément, sans cause occasionnelle appréciable. Le rythme n'est influencé par aucune thérapeutique utilisée. Ce caractère évolutif permet de douter de l'efficacité réelle des multiples traitements. Il autorise à soupçonner une pathogénie où le terrain sensibilisé jouerait le rôle principal.

2° *Examens endoscopiques en série.* — J. Rachet, Arnous et Coste montrent que :

a) En phase aiguë, les caractères endoscopiques essentiels se résument en une congestion intense d'une muqueuse particulièrement fragile, avec un piqueté d'aspect purpurique et un suintement sanglant diffus; la muqueuse

« pleure du sang »; le moindre traumatisme local exagère le saignement. En même temps, hypersécrétion muqueuse diluant le sang ou le fixant dans des glaires rouges plus compactes.

Tel est l'aspect pour la recto-colite muco-hémorragique; pour les recto-colites, selon la conception d'Hillemand, il faut y joindre la présence possible d'ulcérations différenciées, de fausses membranes, de traînées purulentes, de plaques de sphacèle;

b) En phase de rémission (ou de guérison apparente), l'endoscopie révèle la persistance de la lésion fondamentale d'une maladie en sommeil :

A) Aspect finement granité de la muqueuse;
B) Fragilité au moindre contact du rétoscope;

c) Aspects différents. Parfois on peut trouver :

A) Une forme purulente;
B) La prolifération de polypes;
C) Une infiltration pouvant aboutir à la sténose.

Pour Rachet, ces formes anormales sont des complications évolutives secondaires d'une maladie qui s'est surinfectée, non des formes cliniques isolées.

3° *Hémorragie et purulence.* — Cette dualité est mise en évidence par les résultats thérapeutiques obtenus en particulier grâce aux sulfamides. Voici les conclusions de J. Soullard qui y consacre sa thèse: « Les sulfamides n'agissent pas sur la recto-colite hémorragique non supurée. Dans les formes mixtes, elles n'atteignent que la suppuration, mais le caractère hémorragique reste intact, de même que le stigmate de fragilité muqueuse. Le rythme intérieur des crises et le déroulement de leur succession n'est pas modifié. La suppuration est à la recto-colite hémorragique ce que la bronchite chronique est au grand paroxysme asthmatique : c'est un signe associé par des liens de causalité, mais plus accessible, évoluant un peu à l'écart, semblant pousser dans l'organisme des racines moins profondes. C'est un lierre courant sur l'arbre... »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Jusqu'à ces dernières années les recherches histologiques portaient sur des pièces opératoires ou des pièces d'autopsie, mais pour ces dernières il fallait tenir compte des altérations cadavériques. Quant aux pièces opératoires étudiées par R. Leroux, L-.A. Buie, J.-A. Bargen, Wintrupp, Gallart-Monès, elles n'ont pu fournir une description univoque des lésions et moins encore identifier le processus initial. Elles portaient, en effet, sur des formes déjà anciennes, profondément remaniées. Pourtant on retrouve les lésions primitives dans les descriptions de ces auteurs, mais elles sont décrites sur le même plan que celles qui résultent des remaniements ultérieurs et elles semblent se confondre avec elles.

Nous devons à Bensaude une étude anatomo-pathologique précise de cette affection dont voici un résumé : les lésions frappent tout le cadre colique, mais ne dépassent jamais la valvule de Bauhin. Ces lésions prédominent dans la portion recto-sigmoïdienne. On point de vue macroscopique : le côlon est congestionné, rouge violacé, surtout la partie terminale. Les parois coliques sont amincies. Pas de réaction péritonéale , ni ganglionnaire. L'ouverture de l'intestin montre au niveau des segments les plus atteints une purée rougeâtre, faite de mucus, de sang et de pus. La paroi apparaît après détertion sous un filet d'eau; si la muqueuse est présente, elle est congestionnée à l'extrême et ecchymotique, sinon on note des ulcérations, les unes petites, superficielles, les autres profondes, entamant parfois la musculeuse et ne laissant que des lambeaux de muqueuse.

Au point de vue macroscopique : ce qui frappe surtout ce sont les lésions vasculaires; artérioles oblitérées par un processus d'endartériolite proliférante ou par des thrombus; capillaires distendus, gorgés de sang, grandes extravasations sanguines dans la muqueuse, zones de nécrose, de coagulation et d'ischémie.

Mais l'étude des biopsies en série de la muqueuse recto-sigmoïdienne a totalement transformé et rénové ce chapitre d'anatomie-pathologique. Cette étude fut entreprise par J. Rachet, J. Delarue et A. Busson. Les prélèvements furent faits dans les formes les plus diverses des recto-colites hémorragiques et aussi aux divers stades d'évolution. De cette façon on éliminait l'erreur commise précédemment et faisant porter les lésions surtout sur la sous-muqueuse et tenant à ce que l'on avait examiné des pièces de recto-colites très anciennes où le processus initial s'était étendu en profondeur.

Voici qu'elles sont les conclusions de ces auteurs :

1° Les lésions de la muqueuse en période d'activité;

a) Au cours de la première poussée :

Les lésions sont les plus pures et les plus significatives. Elles atteignent uniquement la muqueuse, c'est-à-dire le chorion et les glandes. La musculaire muqueuse limite assez nettement le processus. Le chorion est au moindre degré, œdémateux et parsemé de petits vaisseaux congestionnés à l'extrême; des suffusions hémorragiques s'observent çà et là autour d'ectasies capillaires, en si grande abondance parfois que le chorion se montre en totalité infiltré d'une nappe sanguine homogène. L'épithélium de surface disparaît souvent, laissant place à des érosions multiples et superficielles, recouvertes par un exsudat séro-muqueux mêlé de sang ou par du sang pur sans fibrine. Les modifications des glandes, déjà bien étudiées par R. Leroux sur des pièces opératoires, sont plus caractéristiques. Le fait essentiel est l'hypersécré-

tion muqueuse dont elles sont le siège. Les stades successifs de cette hypercrinie considérable et brutale conditionnent les aspects divers de l'épithélium glandulaire; les éléments en sont tuméfiés, rendus sphériques par le mucus qui les gonfle ou dédifférenciés et aplatis;

b) Au cours d'une rechute :

Les lésions sont identiques; toutefois il est possible que l'on puisse reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une première atteinte de la maladie. La présence de follicules lymphoïdes volumineux, disposés de part et d'autre de la musculaire muqueuse, représente, en effet, pour nous, les vestiges des poussées antérieures. Mais il est important de noter que les phénomènes de congestion avec érythro-diapédèse restent toujours et exclusivement localisés au chorion;

c) Plus tard, quand apparaît la suppuration :

Suppuration dont Rachet et Busson ont souligné le caractère contingent et secondaire; aux lésions congestives précédentes s'associe une diapédèse leucocytaire très intense infiltrant le chorion, et le pus s'étale à la surface de la muqueuse érodée. Si l'on parvient à tarir cette suppuration, notamment par un traitement sulfamidé local qui ne modifie qu'elle et n'agit en rien sur le processus congestif essentiel de l'affection (Rachet et Busson), les biopsies faites après cette guérison de la suppuration révèlent la persistance constante des lésions congestives et œdémateuses à l'état de pureté, tout comme si l'on examinait un fragment prélevé au cours d'une première poussée. La suppuration laisse souvent cependant quelques séquelles qui lui sont propres, tels ces petits bourgeons charnus s'édifiant aux dépens du chorion, toujours secondaires au pus. On note, de plus, l'atteinte inflammatoire extensive vers la sous-muqueuse antérieurement indemne;

2° Les lésions au déclin de la période d'activité :

L'hypersécrétion glandulaire survit à la congestion. Quelques gros macrophages et des cellules éosinophiles mo-

nonuclées assez nombreuses apparaissent çà et là dans le chorion. L'épithélium de surface prend un aspect cubique;

3° Les lésions en période de rémission :

L'un des caractères essentiels de la recto-colite hémorragique est d'évoluer par poussées successives.

a) La rémission peut paraître totale et suggérer, par la disparition de tous troubles fonctionnels, l'idée de guérison. L'endoscopie avait permis à Rachet et Coste d'affirmer la persistance d'une affection en sommeil. La biopsie confirme ces notions. La muqueuse est globalement anémiée. Les éléments du chorion sont dissociés par de l'œdème où se trouvent quelques leucocytes parfois quelques éosinophiles. De place en place se trouvent des ectasies capillaires groupées souvent par 3 ou 4. Les glandes sont rares, petites, irrégulières, mais en état de manifeste hypersécrétion qui rend les éléments de leur épithélium plus clair et plus volumineux;

b) La rémission n'est souvent que partielle, surtout dans les formes anciennes et compliquées de suppuration. Les biopsies montrent une muqueuse épaissie, une infiltration leucocytaire et de nombreux vaisseaux congestionnés dans le chorion; des glandes dilatées, souvent kystiques en état d'hypercrinie. Il existe enfin souvent des formations polypoïdes; il s'agit de bourgeons charnus inflammatoires qui n'ont rien de la structure des polyadénomes vrais et qui s'implantent dans le chorion au voisinage de la musculaire muqueuse. Le bouquet vasculaire caractéristique s'étale en éventail dans un tissu de granulations plus ou moins organisé. Quelques rares glandes allongées, déformées, peuvent être incluses. Il importe de préciser que les auteurs n'ont jamais observé ces pseudo-polypes que dans les cas de recto-colite hémorragique compliqués, à un moment quelconque de leur évolution, de phénomène de suppuration.

Il est à signaler que tous ces divers aspects histologiques

ont pu être rencontrés chez un même malade au cours des diverses étapes évolutives d'une recto-colite, et l'observation d'une des malades de Rachet est particulièrement intéressante; cette malade, en effet, guérie d'une suppuration rectale par le sulfamides, est revenue deux mois après, se plaignant d'une nouvelle poussée qui, cette fois, était strictement hémorragique.

De même, des biopsies successives ont permis d'identifier des lésions complexes au début, pures ensuite quand toute suppuration contingente avait été supprimée.

On peut objecter, disent Rachet et Delarue, que ces lésions que nous considérons comme essentielles sont en réalité d'une grande banalité et qu'elles n'ont aucun caractère pathognomonique. Leur groupement réalise cependant un aspect histologique suffisamment évocateur pour permettre un diagnostic anatomique de la recto-colite hémorragique. Aucune autre recto-colite ne se caractérise ainsi par un complexe identique et réduit à ces seules altérations. Il est donc logique d'admettre la spécificité des lésions de la recto-colite hémorragique.

Ces données anatomo-pathologiques confirment pleinement les données cliniques déjà acquises. Les biopsies montrent que l'élément principal, le seul constant, est le facteur hémorragique; si l'on observe la suppuration, ce n'est qu'un phénomène secondaire, surajouté, contingent. Par la même occasion, se trouve expliqué l'effet thérapeutique des sulfamides. De plus, les biopsies viennent encore mettre en évidence le caractère trompeur des longues rémissions en montrant la muqueuse intestinale frappée de lésions élémentaires appelées à retrouver tôt ou tard leur activité.

ETIOLOGIE

Un des principaux éléments de la définition des recto-colites hémorragiques est justement l'ignorance de sa cause; par la suite, son cadre nosologique a été limité à ce qui reste des syndromes dysenteriques quand toutes les causes connues ont été éliminées.

I. — *a*) Or, pour certains auteurs et pour Hurst en particulier, malgré la négativité répétée des examens de laboratoire, la recto-colite ne serait qu'une dysenterie, et pour cela ils se fondent : 1° sur l'efficacité du traitement d'épreuve (en réalité cette efficacité est relativement rare, et ce n'est pas parce qu'une dysenterie guérit par la sérothérapie antidysentérique qu'on peut affirmer son origine bacillaire par ce seul argument;) 2° sur la fréquence relative des antécédents dysentériques des recto-colites. Dans les dysenteries les plus authentiques, mais anciennes, il n'est pas toujours facile de mettre le germe en évidence;

b) Pour d'autres auteurs, ce serait une dysenterie spécifique au début qui prédisposerait à l'action pathogène ultérieure des saprophytes intestinaux.

II. — L'origine infectieuse a été attribuée :

a) A des parasites banaux : Cercomonas, pour Carles; Lamblias, Trichomonas; Levures, pour Ravaut; Salmonella, pour Bensaude et Antoine à une certaine époque; Spirilles, Spirochètes, Bilharzia, pour Armeuille et Magne; Monilia; Balantidium;

c) A des germes spécifiques tels :

1° Le diplostreptocoque de Bargen : cultivant sur le milieu glucosé cérébrosé de Rosenow, agglutiné par le sérum de malade atteint de recto-colite hémorragique, mais reconnu par Gallart-Monès pour être le streptococus mitis;

2° Le Diplocoque, de Buttiaux et Sevin;

3° Le Streptocoque, d'Hillemand.

III. — Théorie pluraliste : les germes banaux deviendraient pathogènes et auraient une action autonome ou agiraient par association microbienne. C'est ainsi que sont incriminés : le colibacille, par Bassler et Rosenheim; le pneumocoque, par Lockhart-Mummery; le pyocyanique, par Fex Blake; les paratyphiques, par Carles, Rathery et Strauss; l'entérocoque, les paradysentériques, le streptocoque, les bacilles de Morgan, de Gartner, Aertryke.

Jusqu'ici, aucun de ces germes n'a encore fait sa preuve étiologique, et la diversité des microbes incriminés montre l'incertitude et le peu de valeur de ces hypothèses.

IV. — Théorie du virus filtrant : soutenue par Gallart-Monès qui aurait pu reproduire en série la recto-colite expérimentale chez l'animal. Mais ces recherches n'ont pas reçu jusqu'ici le contrôle des expérimentateurs. De plus, la notion de virus filtrant, uniquement basée sur la reproduction expérimentale en série, est un argument bien fragile.

V. — Théorie de l'infection focale à distance. Des germes provenant de foyers infectieux situés au niveau des dents, des amygdales, de l'appendice, seraient doués d'un tropisme intestinal positif. Mais comment expliquer la raison de ce tropisme inhabituel ?

Les diverses conceptions infectieuses ne peuvent donc pas être retenues et cela pour les raisons suivantes :

1° Aucun des germes invoqués n'a pu être retrouvé par tous les auteurs qui ont voulu vérifier les diverses expériences;

2° Les germes qui ont pu être retrouvés assez constam-

ment par des auteurs très différents, se sont cependant montrés polymorphes, ce qui leur retire toute spécificité;

3° L'expérimentation sur l'animal a apporté des arguments de valeur :

a) En aucun cas, on n'a pu reproduire une affection semblable à la maladie humaine;

b) On a pu reproduire des lésions intestinales en tous points comparables entre elles et cela avec des germes très différents;

c) Certains auteurs ont pu, en injectant un germe soi-disant spécifique, retrouver au niveau des lésions intestinales ainsi créées des germes totalement différents de ceux dont ils s'étaient servis;

4° La preuve thérapeutique a presque toujours manqué pour asseoir solidement une conception infectieuse et spécifique des recto-colites.

La théorie du germe ne satisfaisant pas, on devait donc incriminer le terrain. Ce que nous savons à ce sujet c'est :

1° Que la recto-colite frappe surtout des sujets relativement jeunes et que le sexe est indifférent;

2° Qu'il n'y a pas de contagiosité;

3° Qu'il existe des facteurs prédisposants locaux, d'ailleurs inconstants, tels que des antécédents dysentériques, de la constipation, cas assez fréquent mais d'une grande banalité.

Par contre, nous invoquons purement des hypothèses, hypothèses dont nous essaierons de préciser la valeur à la lumière de notre propre expérience, en attribuant un rôle de causes prédisposantes ou déterminantes à nombre d'autres facteurs comme: les infections focales à distance (dents, gencives, amygdale, vésicule, appendice) ; les troubles gastriques : les dyspepsies, pour Schmidt; l'apepsie, pour Einhorn. Mais chez la plupart des malades on ne retrouve aucune anomalie de la fonction gastrique. On a invoqué aussi les troubles hépatiques, mais si leur rôle de facteur aggravant est certain, leur rôle de facteur déterminant est

très discutable. Quant à l'avitaminose, c'est exceptionnellement que l'on en rencontre les stigmates.

Aujourd'hui, c'est surtout aux perturbations du système nerveux végétatif que l'on s'adresse. Les expériences de Reilly montrent le rôle important du sympathique dans certains processus congestifs et parfois ulcéreux, constatés au niveau de l'intestin. Pourtant, si Rachet, Busson et Coste ont pu reproduire chez le chien des lésions coliques congestives, hémorragiques et même ulcéreuses par l'irritation du sympathique mésentérique, jamais encore, cependant, ces expériences n'ont abouti à créer au niveau du côlon des lésions chroniques, même en sensibilisant la muqueuse par divers procédés. Car on ne peut, en effet, s'empêcher de songer, devant ces troubles intestinaux à répétition, à la notion d'une hypersensibilité de la muqueuse colique, d'une allergie.

Pour Chiray et Bauman, l'anaphylaxie semble être un facteur étiologique important des colites, et la succession des chocs anaphylactiques entraînerait la forme ulcéreuse. Lambling croit à l'origine anaphylactique primitivement aseptique de certaines colites. Par contre, Schmidt et Levin considèrent les colites chroniques soit comme résultant de la sensibilisation de l'organisme (après une infection aiguë précédente) envers les microbes de l'intestin normal, soit comme suite de la virulence augmentée de certains types de bactéries, de microbes de sortie. Ces deux facteurs mènent dans certaines conditions au choc anaphylactique, ce qui se manifeste sous forme de récidive intestinale.

De l'exposé de ces nombreuses théories se dégage l'ignorance absolue de l'étiologie des recto-colites hémorragiques. Cela ne veut pas dire que nous n'ayons aucune connaissance solide. L'anatomie pathologique, en nous apportant des notions certaines, la pathogénie, en les interprétant logiquement, nous amènent à considérer un mécanisme dont la cause, bien que mystérieuse encore, se trouve emprisonnée dans un champ restreint de possibilités.

PATHOGENIE

L'examen anatomique des recto-colites montre que les lésions frappent de façon prépondérante la muqueuse et la sous-muqueuse : oblitération d'artériole, capillaires gorgés de sang, grandes extravasations en nappe, en un mot l'image caractéristique des lésions de l'infarctus rouge. Les altérations de la recto-colite hémorragique sont des phénomènes vasculaires de congestion avec œdème érythrodiapédèse et aussi quelques phénomènes d'hypersécrétion glandulaire.

L'observation clinique, anatomique, rectoscopique, tout concorde donc pour affirmer que la maladie est dans son essence une affection du système circulatoire du gros intestin. Comme l'affirment Maschas et Mollard : « La recto-colite cliniquement hémorragique est une recto-colite anatomiquement circulatoire. »

Quels seraient donc les traits dominants de terrain sur lequel ou grâce auquel se développeraient ces lésions vasculaires ? Ce qui domine c'est l'intensité des altérations vasculaires, des hémorragies interstitielles, des éliminations muqueuses par nécrose et non par fonte purulente; à certains moments, dans certaines coupes, on est en droit de se demander si l'on n'assiste pas à l'évolution d'un véritable phénomène d'Arthus intestinal. Avec l'appui des expériences de Lœper on pense aussi que l'histamine exerce une action toxique sur la muqueuse intestinale : toxique et génératrice d'hémorragies. Or, la sécrétion de cette substance est, d'après Tinel, accrue par la moindre irritation nerveuse. Ainsi, chez un sujet ayant un système neuro-végétatif facilement irritable, l'histamine provoque-

rait des troubles de sensibilisation intestinale dont l'effet est une incitation anormale des nerfs vaso-moteurs et sécrétoires.

Ces lésions de la recto-colite ressemblent fort à celles que provoquait Ch. Richet dans l'anaphylaxie expérimentale (mettant en lumière non seulement l'importance des troubles vaso-moteurs au cours des manifestations du choc, mais encore l'existence de lésions hémorragiques de divers organes, notamment du tractus gastro-intestinal). L'état de choc provoque donc des perturbations vasculaires. Mais ces lésions sont aussi bien voisines de celles créées par Reilly, au cours de ses expériences, qui montrèrent le rôle capital du système neuro-végétatif au cours des états d'anaphylaxie et d'allergie. En voici l'essentiel, d'après Maschas. Une atteinte plus ou moins violente des nerfs splanchniques (dont la perturbation fonctionnelle, lors du choc anaphylactique, est démontrée par la dilatation des vaisseaux de l'intestin) provoque expérimentalement, d'après les nombreux protocoles d'autopsies de laboratoire, une tuméfaction des ganglions abdominaux, accompagnée de raptus hémorragique et d'une congestion de l'intestin. Un degré de plus, et l'on constate des hémorragies intestinales et même des îlots de nécrose hémorragique. « Un trouble sympathique doit donc être invoqué dans le déterminisme de la recto-colite hémorragique. La recto-colite s'intègre ainsi dans le groupe des maladies par sensibilisation. »

Telle est l'opinion commune de Rachet, Busson, Maschas et Mollard. Mais ici commencent les divergences.

Pour Maschas et Mollard, les troubles du système neuro-végétatif ne sont, disent-ils, « que des maillons intermédiaires, à vrai dire essentiels, mais insuffisants à eux seuls. Pour être évidente, la chaîne, dont nous connaissons un anneau terminal (le trouble vasculaire intestinal d'origine sympathique) et dont nous distinguons aussi les anneaux médians (l'irritation neuro-végétative créant ces troubles sympathiques) doit révéler aussi sont autre extrémité : la

cause de l'irritation neuro-végétative. Or, de nombreux exemples nous enseignent que les altérations du tonus sympathique sont liées généralement à des perturbations hormonales. » Ainsi se reconstitue la chaîne. Cause initiale un déséquilibre endocrinien constant (ovarien ou autre) avec des exacerbations cycliques; en conséquence, un tonus sympathique modifié et rendu instable, irrité par ces paroxysmes; en dernier ressort, un trouble anaphylactique de nature vasculaire qui ne survient d'abord que lors des crises endocriniennes, mais qui finit, à force de se répéter par poussées, par laisser à sa suite et créer à nouveau et entretenir de si vastes dégâts circulatoires, qu'une affection chronique est désormais constituée et entraîne à son tour des lésions d'entérite.

Pour Rachet et Busson, ces conclusions sont trop catégoriques et on peut supposer, disent-ils, que si la perturbation hormonale existe. « Aucun argument n'autorise à la considérer plus comme une cause que comme un résultat du trouble sympathique », et on peut aussi bien supposer que le trouble intestinal et le trouble glandulaire sont les deux conséquences parallèles d'une même perturbation nerveuse dont la cause première reste à trouver. D'autres causes sont susceptibles de perturber le sympathique abdominal, microbiennes, toxiques, humorales. Mais, de plus, nous ignorons à quel niveau de l'échelle nerveuse cette cause mystérieuse porte sa première atteinte. « Est-ce localement, directement sur la muqueuse intestinale, réduisant ainsi la maladie à une inflammation limitée ?... Est-ce au niveau des connexions centrales faisant de la recto-colite une maladie générale à systématisation intestinale ? » Peut-être, cependant, l'étude des localisations coliques pourra-t-elle orienter les recherches, puisque certaines formes restent limitées au recto-sigmoïde et que d'autres affectent le côlon. La recto-colique hémorragique, concluent Rachet et Busson, semble donc devoir s'intégrer dans le groupe des maladies diathésiques, c'est-à-dire des maladies de cause

encore inconnues, apparentées les unes aux autres par leur comportement clinique et par une substance anatomique semblable : les lésions du type de l'inflammation allergique.

Pour notre part, nous nous rallierons plus volontiers à l'opinion de Rachet, car chez bon nombre de malades nous avons pu noter outre un trouble endocrinien, des états névropathiques, des troubles hépatobiliaires et d'autres syndromes pathologiques qui ont bien semblé jouer un rôle dans l'apparition de la maladie.

PRONOSTIC

Le pronostic des recto-colites hémorragiques est des plus difficiles. L'ignorance des causes de la maladie et l'efficacité très variable des divers médicaments ne sont pas pour le simplifier.

Toutefois, on peut considérer que les formes aiguës sont presque toujours mortelles.

Pour les formes chroniques on ne peut être aussi catégorique, et des erreurs considérables peuvent être commises. Il faudra pourtant retenir comme éléments de gravité :

1° L'extension des lésions, qui sera, en général, très difficilement appréciée même par la radiologie et le lavement baryté;

2° La profondeur et la densité des lésions constatées au rectoscope;

3° L'atteinte de l'état général.

Mais, dans tous les cas, conseille Bensaude, le pronostic doit être réservé : « Les pseudo-guérisons sont fréquentes, parfois même prolongées; l'action d'un traitement étonnant à une première application peut se révéler absolument inopérant lors d'une récidive; une forme en apparence bénigne peut se compliquer brusquement d'une crise aiguë grave ou d'une hémorragie. »

L'hémorragie est, en effet, la principale complication à redouter, car toutes les autres sont exceptionnelles, qu'elles soient intestinale perforation, pseudopolypose au polypose vraie, sténoses, ou qu'elles se produisent à distance, telles les arthralgies ou même véritables arthropathies, endocardites malignes, thromboses veineuses, embolies arté-

rielles, complications oculaires. Bargen signale des névrites périphériques; Bittorf, des poussées d'herpès des lèvres coïncidant avec des épisodes aigus de colite, et nous-même en avons observé un cas chez l'un de nos malades (observation n° 19) ; de même, Brest et Blanc-Perducet ont rapporté l'existence d'ulcérations étendues de la muqueuse buccale, avec angine, réalisant un type nécrosant; chez un autre malade (observation n° 2), nous avons relevé une lésion du même genre. Dans 5 cas (observations n°s 3, 5, 8, 10, 19), nous signalons des lésions cutanées.

Pourtant il est une complication qui semble plus fréquente et plus importante : c'est l'atteinte hépatique. Il est certain que le foie est atteint au cours des recto-colites hémorragiques. Mais il nous est apparu que bien des fois les troubles hépatiques préexistaient à la recto-colite.

TRAITEMENT

L'ignorance d'une étiologie certaine des recto-colites hémorragiques entraîne l'absence de tout traitement spécifique. De la variété des causes invoquées découle la grande diversité d'essais thérapeutiques, mais ce qui rend plus difficile encore l'appréciation de leur efficacité, c'est l'allure clinique même de la maladie. Doit-on conclure à la guérison ou une rémission momentanée ? Seul le recul du temps peut trancher la question.

Mais avant que d'étudier les méthodes utilisées, il convient de rappeler un certain nombre de principes particulièrement bien établis par Bensaude :

1° Quelle que soit la variété de colite et malgré la négativité répétée des examens coprologiques, il faut toujours tenter un traitement anti-amibien d'épreuve;

2° Il est indispensable de se souvenir, avant de conclure à la guérison d'une recto-colite par une médication donnée, que cette maladie s'améliore parfois spontanément et que, d'autre part, ses rémissions sont fréquentes. Il faudra donc attendre des délais de sécurité qui peuvent se chiffrer par plusieurs années avant d'affirmer la guérison totale;

3° Il n'y a pas de traitement spécifique actuel, puisque nous ignorons le germe ou la cause de cette affection. Toutes les médications sont symptomatiques ou empiriques. Toutes ont des succès à leur actif, mais aussi, et dans des cas absolument semblables, des échecs retentissants.

Traitement général

1° Chez tout malade atteint de recto-colite, le repos et l'activité seront réglés suivant la forme, l'intensité, la fièvre, les pertes de sang.

2° Le régime doit réaliser avant tout une diminution suffisante des hydrates de carbone, de façon à empêcher la production de fermentations: pâtes, riz, lait, gelée de fruits, bouillons de légumes ou de céréales. Réduire le beurre cuit;

3° Toniques, suivant l'état physique du malade.

Contre la douleur : les grands cataplasmes à la farine de lin sur l'abdomen; une vessie chaude ou le cataplasme électrique. Les injections sous-cutanées d'atropine associée à la papavérine, la teinture de belladone per os.

S'il y a constipation : huile de ricin ou tout autre laxatif à action douce.

Traitement médical proprement dit

Les méthodes sont très nombreuses. Nous ne nous arrêterons qu'à celles qui sont le plus habituellement utilisées avec des résultats favorables ou à celles que nous avons nous-même essayé :

1° Traitement antidysentérique : soit à l'émétine à dose suffisante, soit simplement le traitement à base de pâte de Ravaut et de Stovarsol qui, pour beaucoup d'auteurs, est la seule thérapeutique valable pour une amibiase dans laquelle on ne trouve pas de formes végétatives. Pour notre part, nous avons quelquefois fait l'émétine, sans résultats probants du reste, mais plus souvent le diagnostic d'amibiase ne nous paraissant pas devoir s'imposer, nous nous sommes contenté de l'autre traitement qui a semblé agir de façon favorable d'ailleurs, dans d'assez nombreux cas. Nous n'en avons pas déduit cependant qu'il s'agissait d'une amibiase;

2° La séro et la vaccinothérapie :

Elle a très souvent été tentée suivant toutes les méthodes et avec différentes préparations vaccinales.

Bargen aurait eu 75 % de guérison grâce à un vaccin injectable, préparé avec son diplostreptocoque.

Bensaude et Rachet ont essayé des vaccins composés de streptocoques gingivaux.

Surmont et Buttiaux ont préparé des auto-vaccins en partant des germes isolés au niveau des ulcérations intestinales.

L'ingestion de vaccin et les pansements locaux à l'aide de ces préparations en lavement semblent être les deux techniques les plus efficaces. Mais dans le fond, la vaccinothérapie dans le traitement de la recto-colite demande encore une mise au point plus précise.

Notons que Hurst et Crohn ont préconisé la sérothérapie antidysentérique bacillaire par voie intra-veineuse, mais qu'elle n'agirait en réalité que comme une médication de choc.

Pour notre part nous n'avons jamais fait ni sérum antidysentérique, ni vaccins d'aucune sorte.

3° Les médications de choc :

Kalk utilise le sérum de cheval normal en injection préparante de 20 à 30 cm3 et, après une période de 10 à 20 jours, pratique une nouvelle injection déchaînante intramusculaire ou intra-veineuse du même sérum. Sur 9 malades ainsi traités, 5 guérirent.

Hurst fait des injections intraveineuses de sérum dysentérique bacillaire.

Lœper fait des injections intradermiques de lait.

Nous n'en avons aucune expérience personnelle.

4° Méthodes de désensibilisation :

a) L'autohémothérapie a donné à Bensaude, Oury et Dany d'intéressants résultats. On injecte tous les jours 5 à 20 cm3 du sang du malade par voie intramusculaire. L'amélioration, dans les cas heureux, commence à se manifester entre la 8e et la 10e injection;

b) Les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude associée à du sulfate de soude ont donné quelques succès à Savy et à ses collaborateurs;

c) On peut aussi utiliser les antihistaminiques tels que le nouveau produit obtenu à partir de la muqueuse intes-

tinale (Torantil de Bayer) qui, entre nos mains, n'a pas paru particulièrement actif, et le nouveau corps de synthèse (Antergan Spécia) dont les divers essais dans cette affection n'ont pas paru des plus favorables.

5° Les transfusions sanguines :

Préconisées par Bergmann, Steinitz, Strauss, elles ont été utilisées soit en transfusions massives dans les cas de recto-colites hémorragiques graves, soit en petites transfusions hebdomadaires de 150 à 250 grammes avec des résultats très divers.

Dans l'un de nos cas les plus graves (observation n° 2), c'est la seule thérapeutique qui ait paru déclancher l'amélioration.

Nous avions préalablement, chez ce malade, essayé sans résultat la médullo-transfusion, et c'est, à notre connaissance, le premier essai de cette thérapeutique dans les recto-colites hémorragiques. Il nous semblait logique de faire ce traitement, espérant que le suc médullaire apporterait des mégacaryocytes, générateurs de plaquettes de meilleure qualité, *a priori*, que ceux du malade.

6° La chimiothérapie dans les recto-colites :

a) On a conseillé les injections de novarsénobenzol, d'acétylarsan, de gonacrine, de jaune d'acridine, les ingestions de stovarsol, de tréparsol.

Mais l'utilisation du bismuth, du charbon et de l'ipéca reste à la base de la thérapeutique intestinale par voie buccale. Pour notre part, ce n'est qu'en association avec la pâte de Ravaut que nous avons osé utiliser le yatren ou les produits analogues (Mixiod, Rexiode) qui, isolés, congestionnent la muqueuse recto-colique et ont tendance à la faire saigner;

b) Les sulfamides ont, sans aucun doute, l'action la plus manifeste et la plus constante dans les formes purulentes. Les corps employés furent le Rubiazol, le Prontosil, le 1162 F, le Dagenan, la Thiazomide par voie buccale ou rectale. La dose est, en moyenne, de 2 grammes per or, par

jour de Dagenan, et cela pendant une semaine. L'action du médicament se traduit par la disparition complète et dans presque tous les cas de la suppuration (thèse de Soullard). Notre expérience personnelle s'accorde avec les conclusions des divers auteurs qui ont préconisé ce traitement. Dès l'avant-guerre nous l'avions envisagé.

7° Opothérapie, hormonothérapie, vitaminothérapie :

Relevant, pour Maschas, Mollard, Chiray, Kipfer, d'un dérèglement endocrinien (et particulièrement des glandes endocrines génitales), la recto-colite fut traitée par ces auteurs à l'aide d'hormones ovariennes ou testiculaires avec d'heureux résultats.

De fait, nombreux sont nos malades qui présentaient des troubles génitaux; le traitement hormonal eut dans l'ensemble un effet satisfaisant.

L'opothérapie hépatique fut pratiquée par Cheney. Un certain nombre de nos malades ont été traités par des extraits hépatiques concentrés injectables. Il n'y eut pas d'effet apparent sur l'état local, mais peut-être une action heureuse sur l'état général.

On utilisa aussi la méthode de Whipple.

Enfin on essaya l'action de l'opothérapie thyroïdienne associée au calcium.

La vitamine K eut un effet spectaculaire chez l'un de nos malades (observ. n° 19), mais son action échoua, par contre, dans d'autres cas graves.

Les vitamines C et PP furent aussi employées. Entre nos mains, ces deux vitamines, toujours administrées par voie injectable et à forte dose, n'ont amené aucun résultat.

Traitement local

Qu'il faudra toujours associer au traitement général.

1° Les lavages intestinaux :

Ces lavages doivent être faits avec prudence, sous faible pression, avec une sonde ou une canule en verre à double

courant. La quantité injectée sera de 150 à 200 cm3. On se servira de préférence de solutions isotoniques de chlorure de sodium ou de chlorure de magnésie. Mais le véhicule peut être aussi soit du sérum physiologique tiède, de l'huile d'olive ou d'amande douce, des solutions de gélatine, de bicarbonate de soude, d'acide borique, soit des décoctions de guimauve ou de camomille, ou bien les eaux de Plombières ou de Châtelguyon. On peut utiliser également : l'argyrol, le protargol, le collargol à 0,5 %, le nitrate l'argent à 1/5000, le bleu de méthylène à 1/200, le chlorure de calcium (4 gr.), le yatren, l'acriflavine, le sous-gallate de bismuth, l'oxyde de zinc, le titane finement pulvérisé, les sulfamides (1 gr. de 1162 F en poudre pour 100 cm3 d'eau bouillie tiède), etc... Pour faciliter la tolérance de ces lavements, il peut être utile d'y ajouter quelques gouttes de laudanum.

2° Les pansements rectaux :

Ils ont sur les lavages l'avantage d'être souvent mieux et plus longtemps tolérés; ils permettent donc un contact plus prolongé de la substance active sur la muqueuse.

En période de poussée, on fait chaque soir un pansement qui sera gardé toute la nuit.

On peut faire appel aux mêmes produits que pour les lavements, ainsi qu'au garcinia (que nous avons utilisé chez tous nos malades et souvent avec succès). Pendant la guerre nous avions mis au point une formule de lavement-pansement ainsi conçue :

Poudre de 1162 F.....	2 gr.
Oxyde de zinc	2 gr.
Kaolin	5 gr.
Mucilage de graine de lin à 15 % : q. s. pour un petit lavement à garder (60 à 200 cm3 selon les cas).	

Par ces qualités physiques, ce lavement très adhérent aux parois nous paraît réaliser un bon pansement recto-colique.

En cas d'hémorragie, il peut être utile de recommander certains médicaments hémostatiques; nous avons cité le chlorure de calcium; notons l'adrénaline (1 cm3 de la solution à 1/1000), le sérum de cheval, la ferripyrine (400 cm3 d'une solution à 8/1000), l'arhemapectine, le coagulène.

Mais le traitement local qui, à l'heure actuelle, paraît donner les résultats les plus constants, est celui qui fut préconisé par Rachet et Arnous : les lavements à base de vitamine A.

La vitainme A doit être prescrite dans ce cas selon les principes suivants :

1° En application purement locale;

2° En application longtemps prolongée : pendant plusieurs semaines;

3° A dose suffisante .

On emploie en général de 20.000 à 30.000 unités Javillier par pansement. Parfois on se sert d'huile de foie de morue suractivée ou d'huile de flétan à la place de la solution de carotène. Les résultats sont sensiblement similaires.

Nous avons l'habitude de faire précéder les lavements de vitamine A d'un petit lavage intestinal, dans l'espoir peut-être théorique de décaper la muqueuse du mucus qui la recouvre pour que la vitamine soit ensuite directement au contact de l'épithélium à régénérer, la vitamine A, en effet, n'agissant que localement par ses propriétés cytophylactiques et épithélisantes.

Traitement hydrominéral

Deux stations, en France, sont à conseiller dans les cas de recto-colite hémorragique : Châtelguyon et Plombières.

Châtelguyon sera réservé aux formes anciennes, peu évolutives, non fébriles, dont les paroxysmes dysentériques sont rares et peu importants.

Plombières : chez les malades plus sensibles.

Grâce à ces cures, on note une nette amélioration fonctionnelle et locale, une reprise du poids et des forces. Et si l'on ne peut demander la guérison à ces cures thermales, on peut souvent espérer par elle un complément précieux aux traitements médicamenteux.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical de la recto-colite hémorragique a des indications très réduites. On s'y résout en présence de recto-colite rebelle à toute thérapeutique, surtout quand elles entraînent la toxi-infection, la fièvre, la cachexie, ou bien encore quand, dès le début, elles font redouter une évolution très grave.

On a recours à deux interventions : ou bien la dérivation (qui permet la mise au repos du segment intestinal sous-jacent), ou bien la résection.

Les dérivations trouvent leurs indications dans les cas où la gravité de la maladie relève surtout des accidents locaux (fièvre septique par rétention purulente, grands troubles douloureux spasmodiques avec rétention stercorale). La difficulté consiste à apprécier l'étendue des lésions pour placer ensuite l'anus en zone saine; aussi pratique-t-on le plus souvent une appendicostomie (quand l'appendice a été enlevé antérieurement on peut réaliser une fistule selon la méthode de Witzel) ou une cœcostomie; mais cette dernière intervention est sérieuse, car elle entraîne des conséquences lointaines pénibles. Par les bouches intestinales ainsi créées on pratique des lavages descendants avec des liquides aussi peu irritants que possible (eau distillée simple, solutions faibles de chlorure de magnésium). Ultérieurement après la guérison obtenue par la cœcostomie on peut avoir recours à une iléosigmoïdostomie.

Les résections coliques ont des indications encore plus restreintes; il faut, en effet, que les lésions soient suffi-

samment limitées pour que l'opération ait quelques chances de succès.

Les résultats très inconstants, la gravité des interventions font du traitement chirurgical des recto-colites hémorragiques une thérapeutique d'exception.

Trois de nos malades ont subi une intervention de dérivation, et l'une d'elles au moins en a, pour le moment, nettement bénéficié. La troisième est morte d'infarctus intestinal quelques jours après l'intervention pour rétablir le transit colique normal.

Enfin, dans une affection où le rôle du système sympathique paraît évident, il serait intéressant d'essayer des interventions sur le sympathique abdominal, à la manière de celles qui ont été préconisées par le Professeur Leriche.

OBSERVATIONS

Observation N° 1

M^lle de S..., 36 ans.

23-12-41. — Depuis un an, plusieurs crises dysentériformes avec glaires et sang quelquefois. Dans l'intervalle, selles régulières.

Mauvais état général. Fatigue au réveil surtout. Habite un couvent, mais est très mal nourrie et ne peut suivre aucun régime.

Les règles ont toujours été très peu abondantes, régulières et indolores, mais malaisées pendant la soirée qui précède.

Les crises dysentériformes seraient déclanchées par des émotions ou des crises nerveuses.

Séjour en Algérie. Paludisme dans ses antécédents.

Rectoscopie : muqueuse congestive, un peu vernissée.

Examen abdomen légèrement ballonné. Signe de Murphy en décubitus latéral gauche. Poids : 51 kilos.

Selles : après homogénisation, rares kystes d'amibes dysentériques.

Traitement : Caparlem, Stovarsol, entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Mixiod.

16-2-42. — Nette amélioration, sauf à l'approche des règles où il y a une petite poussée. A 3 reprises, selles banales, mais enrobées de muco-membranes.

Entéro-vioforme, Romarène, Entéro-granulés Delalande, Caparlem.

16-5-42. — Actuellement, poussée d'entérite aiguë, diarrhée banale, avec état vertigineux, nausées.

Rectoscopie : muqueuse normale.

Examen : Léger Murphy.

19-6-42. — Vient de faire une crise violente, mais pas de sang, précédée, pendant 8 jours, de fatigue avec anorexie.

Traitement : Rivanolettes.

28-12-42. — Colique hépatique sans cause apparente, avec nausées. Peut-être par suite du froid, ennuis multiples.

Examen : signe de Murphy net. Corde sigmoïdienne.

Traitement : Drainobyl. Entéro-pansement Zizine à l'ipéca.

Observation N° 2

M. R... (R.), 39 ans.

10-3-43. — Très bien portant jusqu'à il y a deux mois où du sang apparut dans les selles de plus en plus abondamment. Depuis 15 jours, selles de sang pur ou avec des glaires. Au début, la selle normale fut coiffée de sang, puis 2-3 selles pâteuses et glaireuses avec ténesme, 10 besoins impérieux au maximum par 24 heures.

A bon appétit, mais se restreint pour diminuer les troubles intestinaux.

Amaigrissement depuis 4 mois. Nie tout éthylisme.

Examen : Aphtes buccaux. T.A.: 12-8. Rien à signaler par ailleurs.

Rectoscopie jusqu'à 12 cm.: muqueuse tomenteuse, framboisée, sanieuse; par le tube s'écoule un liquide sanglant abondant.

Selles : nombreux chilomastix.

Traitement : K Thrombyl, Amunine, Amibiasine. Entéro-pansement. Nicobion.

18-3-43. — Est très constipé. Saigne autant et a autant de faux besoins. A perdu l'appétit. Nouvelle poussée d'aphtes.

Selles : très nombreux kystes d'Entamœba Coli.

Nombreux aphtes buccaux gênant toute alimentation. Matité le long du côlon gauche ne se déplaçant pas.

Anémie : 2.100.000 globules rouges. Hémoglobine : 75 %.

Entre en clinique au début d'avril : arrêt assez rapide des hémorragies, mais persistance des épreintes. Les selles deviennent purulentes. Traitement par l'Exoseptoplix très mal supporté.

Anorexie malgré la guérison des aphtes; toutefois il reste une ulcération trophique de la joue droite en regard d'une prémolaire, indolore, atone.

A la moindre tentative d'alimentation, toux émétisante avec crachats muco-purulents. Puis température irrégulière. Le sang réapparaît en quantité dans les selles. On trouve un léger foyer congestif de la base gauche qui disparaît au bout de 2 à 3 jours.

15-4-43. — Les crachats diminuent, mais le malade est toujours très anorexique, hypotonique, deshydraté. 500 cm3 par jour de sérum de Hayem par voie sous-cutanée.

Traitement : Exobol, Salicairine, Thiasomide.

Médullo-transfusion avec sa femme : 2 cm3.

A partir du 25, les crachats diminuent; les hémorragies s'arrêtent, mais il y a des crachats rectaux purulents. Beaucoup moins d'épreintes. Le 28, petite hémorragie rectale. Le 29, transfusion sanguine (sang de sa femme, groupe IV comme le malade) 160 cm3, très bien supportée. Depuis, le malade se sent mieux, l'appétit revient; il ne crache plus. 2 à 3 faux besoins par jour avec pus et une selle moulée à peu près quotidienne.

3-5-43. — Examen : corde colique dans la fosse iliaque gauche. Le foie déborde légèrement. Malade cachectique; la plaie buccale est en voie de guérison.

Rectoscopie jusqu'à 12 cm.: paroi recouverte d'un enduit purulent; ne saigne pas au contact du tube; une ulcération assez profonde à l'union du canal anal et de l'ampoule sur la face antérieure.

6 et 13-5-43. — Transfusion sanguine de 145 et 200 cm3, sang du beau-frère et de la femme très bien supporté.

Le malade sort le 14 en voie de guérison. Encore cachectique.

T.A.: 9-5. Io 1/4 le 7 après 3 Syncortyl et 3 Hépagyl injectables.

12-6. Io 1/2.

Actuellement, une selle quotidienne moulée, mais enrobée d'un peu de pus. Pas de faux besoins.

Observation N° 3

M^lle B... (J.), 13 ans.

29-4-41. — Pensionnaire. Réglée en mars 1940 régulièrement jusqu'à sa rentrée en pension en octobre. Elles reviennent en mars 1941 quand elle en sort. En janvier, on remarque un peu de sang salissant ses desssous. Au cours d'un retour chez elle, présence de sang en quantité abondante dans les selles, ainsi que des muco-membranes, des glaires, du pus.

Traitée par la vitamine A, le recto-pansement au Bis-ka-ma, Stovarsol, Terpoxyl, etc... Une amélioration passagère se dessine, mais les troubles réapparaissent. 2 à 3 selles par jour avec quelques faux besoins. Une fois, présence d'oxyures.

C'était pour cette jeune fille la première année de pension, et cela était pour elle une cause de gros ennui. Depuis qu'elle est rentrée chez elle, elle maigrit.

Enfant sans appétit. Pneumonie à 3 ans.

Examen : rien à signaler, sauf eczéma de la face.

Rectoscopie (jusqu'à 16 cm.) : muqueuse très congestive, pleurant du sang.

Selles : après homogénéïsation, kystes de lamblias et d'entamœba coli.

Traitement : Quinacrine, entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Terpoxyl, Ammunine en lavement. Régime large de Savignac.

8-8-41. — A fait un traitement régulier pendant 3 semaines.

Règles toutes les 5 semaines abondantes durant 4 à 5 jours, précédées de 2 à 3 jours de malaise avec douleur dans le bas-ventre, asthénie, énervement, inappétence.

Amélioration intestinale dès le début du traitement; n'a eu qu'une fois de faux besoins avec un peu de sang et quelques muco-membranes. Se sent plus forte. Très active, mais a maigri de 3 kilos depuis le 30 avril.

Examen : corde colique gauche légèrement sensible. Pouls à 80.

Rectoscopie : aspect granuleux de la muqueuse avec quelques

pétéchies, quelques glaires, très peu de sang au contact du tube.

Traitement : Quinacrine, Amibiasine, Ammunine, recto-pansement au Bis-ka-ma, entéro-pansement Zizine à l'ipéca.

27-11-41. — La Quinacrine a bien été supportée, mais a été accompagnée d'ictère. Pour la deuxième période, un mois après, ictère plus foncé et plus tenace.

Le 12 octobre, alors qu'il faisait froid, la malade fait une course de 12 km. à bicyclette. Elle fut très fatiguée à la suite pendant 8 jours. Puis température (38° 5 anale au maximum). Dès le lendemain de cette fatigue, crise diarrhéique avec 15 à 20 selles (2 par nuit seulement) contenant des glaires, du sang, des raclures de boyaux.

Cette poussée entéritique dura 3 semaines passées au lit (avec comme traitement de la Rhodiacarbine et de l'Ammunine per os).

Pendant quelques jours, épreintes à chaque mouvement dans le lit.

Règles à peine marquées en septembre, ainsi qu'en octobre, précédées ou accompagnées de malaises. Pas de règles en novembre.

Actuellement, selles normales : 1 à 2 par jour, bien moulées. Cessation brusque de la poussée en 2 jours.

Examen : négatif, sauf légère sensibilité diffuse dans la fosse iliaque gauche.

Rectoscopie : aspect congestif, granuleux par zones, pleurant du sang en certains endroits.

Traitement : Hétéro-hémothérapie, Gonadormone, Progynon, Bis-ka-ma, Ammunine.

25-6-42. — Effet excellent de l'hétéro-hémothérapie et de la Gonadormone.

Depuis, règles très régulières (4 jours), assez abondantes.

Selles sans glaire ni sang, bien moulées, 1 à 2 par jour.

Rectoscopie à 18 cm.: 3 à 4 toutes petites exulcérations comme des têtes d'épingle; tout le reste de la muqueuse est normal.

Poids : 43 kg. 500.

Traitement : Entéro-granulé, recto-pansement au Bis-ka-ma.

18-9-42. — Va très bien. Engraisse (47 kilos).

Rectoscopie : état très congestif au bas de l'ampoule rectale et 2 petites exulcérations encore à 18 cm.

Traitement : Ammunine, entéro-pansement Zizine à l'ipéca, lavement au Rivanol, entéro-granulés.

Observation N° 4

Mme G..., 34 ans.

2-3-39. — Constipée de toujours (jusqu'à 15 jours sans aller à selle), avec céphalées, inappétence. Les selles apparaissent au moment des règles. Il y a 8 ans, accouchement pénible, précédé d'une très mauvaise grossesse, avec vomissements d'un bout à l'autre (non bilieux) ; 3 mois après l'accouchement, grande faiblesse avec sommet droit suspect. Pleurite (2 ans de soins). Va bien actuellement, à condition de ne pas prendre froid. Intolérance pour les œufs, charcuteries, sauces qui amènent douleur épigastrique, plutôt brûlure avec pyrosis quelquefois. Ballonnement. Insomnie de minuit à 3 heures du matin. Mauvaise bouche au réveil. Eructations. Gaz par l'anus, très douloureux parfois, avec vraies coliques. Nausées fréquentes par période, rares vomissements. Palpitations et algies précordiales. Migraine fréquente. Douleur dans l'épaule droite. Lumbago surtout marqué à droite.

Selles habituellement ovillées. De loin en loin crise diarrhéique avec glaires et membranes, jamais de sang.

A eu plusieurs crises d'appendicite, avec glace.

Pertes anales entre les selles, faux besoins, brûlures à l'anus.

En novembre 1938 : hystérectomie.

Depuis, selles quotidiennes, grâce à l'usage de Carbolin et de suppositoires.

Malaise dans le côté droit et au niveau de l'aine gauche. A 4 reprises, coliques violentes généralisées à tout l'abdomen, sans nausée ni vomissement, avec pertes anales et maintenant quelques filets de sang.

Examen : Pouls, 120. Signe de Murphy très net. Abdomen douloureux, à droite et au niveau du côlon sigmoïde.

Rectoscopie : muqueuse rouge, congestive, saignante.

Selles : Présence d'œufs de trichocéphales.

Traitement : Amibiasine, entéro-pansement Zizine à l'ipéca, recto-pansement au Bis-ka-ma.

3-4-39. — Très constipée maintenant. Selles avec muco-membranes et petits filets de sang. Amaigrissement.

Souffre beaucoup depuis 5 jours par crises violentes, avec, en plus, une pointe douloureuse permanente du côté droit.

Examen : point iliaque droit douloureux. Signe de Murphy en décubitus latéral gauche. Sigmoïde et cœcum palpables et un peu sensibles.

Pouls : 92.

Rectoscopie : muqueuse rectale redevenue normale, mais dans le sigmoïde état encore congestif et glaires assez concentrées.

Traitement : Bellergal, Drainobyl, huile d'olive, Stal-Koral, Terpoxyl, recto-pansement au Bis-ka-ma, entéro-pansement Zizine à l'ipéca.

19-7-39. — Toujours pertes anales concrétées. Le sang et la constipation sont revenus, ainsi que les douleurs.

Pouls à 92. Léger Murphy. Point iliaque droit très douloureux.

Traitement : Bellergal, Amphotonyl, lavement Millepertuis, Rivanolettes.

Observation N° 5

M^me^ C..., 35 ans.

31-10-40. — Depuis plus de 6 ans, la malade est atteinte d'entéro-colite. En 1932 : grossesse pénible avec glace sur le ventre, état fébrile constant, accouchement prématuré de 2 jumeaux morts. Curettage. Phlébite post-partum.

Puis température continue. Laparotomie. Myomectomie de 2 fibromes pédiculés et nécrotiques. Les troubles persistant, on fait l'hystérectomie en 1935 avec greffes ovariennes.

Enfant en général bien portante, mais souvent fatiguée. Rares troubles digestifs. A 23 ans, opérée d'appendicite à chaud. Cons-

tipée surtout depuis son mariage en 1929. Métrite au début du mariage.

Depuis 5 ans environ, alternance de crises de diarrhée glaireuse pendant 3 à 5 jours avec 7/8 selles, certaines nocturnes, avec, dans le nombre, quelques crachats rectaux; à plusieurs reprises, sang vermeil. Ces derniers temps, glaires sanguinolentes seulement. Hémorroïdes. Ces crises diarrhéiques sont douloureuses, épreintes, ténesme. La malade ne signale aucune cause déclanchante. Ces crises sont très irrégulières, avec beaucoup de gaz émis par l'anus qui soulagent.

Constipation constante si des laxatifs ne sont pas pris. Avant l'hystérectomie, la malade n'était jamais constipée pendant les règles.

Un régime sévère est suivi. Souvent, au réveil, mauvâise bouche et mauvaise haleine, langue chargée, avec asthénie, quelques vertiges, quelques nausées, quelques pesanteurs post-grandiales, ainsi que de la somnolence (la malade doit s'étendre). Ni migraines, ni céphalées; teint sub-ictérique. Douleur à la nuque. Une fois, douleurs sous-costales droites.

A 12 ans, grippe espagnole avec pleurite, dont les points se sont réveillés en 1932 (au point qu'on avait envisagé la possibilité de tuberculose pour expliquer la température continue).

Eructations. Crises d'aérophagie. Impression de feu à la gorge. A tous les étés, depuis 3 ans, une plaque prurigineuse au cou. Bon appétit habituel, sauf pendant les crises intestinales. Caractère vif. Très frileuse.

Examen : on note une corde sigmoïdienne, léger point iliaque droit, Murphy en décubitus gauche, inconstant dans la position debout.

Pouls à 80.

Rectoscopie jusqu'à 9 cm. Rectite congestive avec glaires. Rectoscopie très douloureuse.

Traitement : recto-pansement au Bis-ka-ma, Millepertuis, entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Romarène.

5-12-40. — Disparition de la mauvaise haleine, de la langue chargée, moins d'éructations, légers pyrosis. Plus de somnolence

post-grandiale. Selles très régulières sans coliques. Mais toujours aussi fatiguée. Autrefois, la malade avait quelques douleurs dans le flanc gauche; elles sont revenues au début du traitement.

Examen : corde sigmoïdienne. Pointe iliaque plus marquée à gauche qu'à droite. Léger signe de Murphy.

T.A.: 13 1/2 - 8 1/2. Poids : 53 kilos.

Traitement : Drainobyl, Mangano-Phosphal, Rect. acolitol.

6-2-41. — Avec le Drainobyl, selles normales en quelques jours; meilleure action encore du Romarène alterné avec l'huile d'olive.

Moins fatiguée.

Examen: signe de Murphy très léger. Côlon descendant spasmé, palpé sur toute sa longueur, pas très sensible.

Rectoscopie : ampoule rectale d'aspect tout à fait normal. Pénétration dans le sigmoïde très douloureuse. Dès l'entrée, état congestif et glaires.

Selles : rien à signaler.

Traitement : extrait hépatique concentré Choay, Ammunine.

17-5-41. — Persistance de l'amélioration locale, mais depuis une quinzaine grande asthénie surtout matinale. Dort mal. Amaigrissement. Toujours bon appétit. Pendant le traitement, douleur au niveau du sein gauche et de l'omoplate gauche. A eu à 2 reprises, après les selles, une douleur remontant dans la colonne lombaire. Selles de consistance normale, mais à 2 ou 3 reprises, diarrhée accompagnée de fatigue.

Une petite crise pseudo-angineuse.

Examen : corde colique gauche, cœcum gargouillant, légers points solaires, léger Murphy.

T.A.: 13-8. Poids : 50 kg. 500.

Traitement : entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Bellergal, Œstrobrol.

16-1-42. — Bon état dans l'ensemble. Selles normales, sauf quelques glaires.

Examen : légère corde colique gauche. Pas de Murphy.

Rectoscopie : muqueuse rectale tout à fait normale, rose pâle, sauf quelques muco-membranes collées contre les parois, hémorroïdes congestives.

Traitement : Romarène, Œstrobrol, Bellergal.

16-7-42. — Récemment, un soir, sans raison alimentaire apparente, après de grands efforts, un vomissement bilieux et diarrhée, urobilinurie et grand frisson. Douleur partant de la fosse iliaque doite. Très asthéniée le lendemain. La malade aurait eu, il y a quelques mois, une crise analogue.

Examen : très léger Murphy, hémorroïdes très congestives.

Traitement : Carbolin, Stal-Koral, Caparlem, Romarène, suppositoire au néo-collargol.

25-5-43. — Crises diarrhéiques répétées avec un peu de sang dans les selles. Asthénie. Surmenage. Léger œdème malléolaire droit, pas de varices apparentes. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Traitement : Drainobyl, Œstrobrol.

Examen : T.A., 12-7. Léger Murphy. Corde sigmoïdienne.

Rectospocie jusqu'à l'entrée du sigmoïde : rien à signaler, sauf anite hémorroïdaire.

Observation N° 6

M^me^ L..., 36 ans.

6-5-42. — Hystérectomie il y a un an pour kyste de l'ovaire. Dans les suites opératoires, au 5^e^ jour, a eu des cystalgies avec pollakiurie et douleur un peu en arrière du rectum.

Selles normales, mais toujours avec une glaire sanguinolente. Pas de faux besoins, mais douleurs névralgiques, impression de torsion du rectum pendant quelques minutes, s'atténuant progressivement et spontanément ou tout de suite après être allée à la selle. Les laxatifs empêchent la crise. Au début, crises constantes, irradiant un peu partout, douleur rectale quand la malade se baisse ou fait une marche assez longue.

Beaucoup de gaz.

Pas de troubles de castration, car on lui a fait une double greffe ovarienne qui persiste.

Autrefois, ballonnements épigastriques post-grandium, dimi-

nués depuis l'intervention et surtout depuis la suppression du pain.

Amaigrissement de 5 kilos en quelques mois. Actuellement, pèse 65 kilos.

Très nerveuse, irritable, très frileuse, gros appétit.

4 grossesses dont une fausse couche.

Examen : douleur au palper dans l'hypocondre gauche. Abdomen adipeux, petite éventration.

T.A.: 13-8. Léger cystocèle.

Il y a 4 ans, aurait souffert pareillement du rectum et les douleurs auraient disparu avec un traitement pour la métrite qu'elle avait. Mère opérée l'an dernier et polypose ano-rectale.

Rectoscopie jusqu'à 23 cm.: muqueuse recto-sigmoïdienne très rouge, congestive, avec une petite ulcération vers l'entrée du sigmoïde.

Examen de selles : présence d'entamœba coli.

16-7-42. — Terpoxyl mal supporté, même à faible dose.

L'Œstrobol calme bien. La malade est toujours très énervée. Malgré le traitement, la malade a toujours souffert jusqu'à il y a 3 semaines où les selles sont redevenues normales, sans glaire sanguinolente. Beaucoup moins de gaz par l'anus. Douleur coccygienne qui l'empêche de s'asseoir.

Traitement : entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Ammunine, Terpoxyl, Rect. acolitol, Œstrobrol, Stovarsol, Carbolin, Phyto-Java, Normogastryl.

Vient de faire 10 jours avec diarrhée (diarrhée épidémique), épreinte et ténesme.

Examen abdominal : négatif.

Rectoscopie : rien à signaler.

Observation N° 7

M^me^ D..., 30 ans.

24-1-39. — A l'age de 11 ans, entérite avec glaire et sang. Troubles digestifs chroniques pendant des années, nettement amé-

liorés par une appendicectomie pratiquée en 1932. Suites opératoires avec température, mises sur le compte d'une colibacillose, avec nouvelle poussée fébrile à chaque réalimentation pendant quelques jours. Depuis, par petites périodes et surtout après l'ingestion de certains aliments (sauces, sardines à l'huile, frites, charcuteries), nouvelles poussées.

2 grossesses normales. Réglée parfaitement.

Légère métrite.

Crise de tachycardie, avec extra-systoles, surtout depuis appendicectomie et au moment des règles. Malade trémulante. Tous ses troubles sont mis sur le compte de la nervosité et de l'aérophagie; de fait, éructations qui soulagent. Borborygmes.

En décembre 1937, début des troubles rectaux. Les matières sont enrobées dans des glaires sanguinolentes. Faux besoins très rares, avec émission de quelques gouttes de sang rouge vif. Ces troubles apparaissent quand il y a tendance à la constipation. La malade a essayé de nombreux laxatifs. Très anxieuse pour son état. créant une véritable névrose. Gros ennuis familiaux. Appétit capricieux. Régime sévère. Tachyphagie.

Saigne du rectum davantage pendant les règles.

Prurit anal depuis très longtemps, surtout au moment des règles.

Examen : rien à signaler. Pouls : 104-116. T.A.: 13 1/2 - 8.

Rectoscopie : petites hémorroïdes très congestives.
Ampoule rectale et début du sigmoïde; zones avec pseudo-membrane et zones avec muqueuse congestive, saignant au contact.

Selles : après homogénéïsation, rares œufs d'oxyures et de trichocéphales.

Traitement : S.N. Bi, Rhodiacarbine, Stovarsol, Terpoxyl, Biska-ma, Bellergal, Génésérine, Ammunine, etc., Dibromotyrosine.

9-3-39. — Amélioration au point de vue nerveux.

Encore un peu de sang dans les selles.

Meilleur appétit. Nouvelle inquiétude pour son état.

Examen : rien à signaler.

Pouls à 100.

Rectoscopie jusqu'à 18 cm.: quelques exulcérations minimes

dans l'ampoule rectale, pas dans le sigmoïde. Pas de fausses membranes.

Traitement : Mixiod, Localibut.

25-7-39. — Nettement mieux, mais toujours constipée.

Rectoscopie : guérison apparente.

Traitement : Exobol, Stal-Koral, lait de magnésie Phillips.

4-11-40 .— Crise à la suite de la déclaration de guerre.

En février 1940, grippe qui détermine des crises diarrhéiques avec émission de beaucoup de sang.

Le traitement calme à peu près.

Ces derniers temps, légers malaises gastriques.

La malade est toujours très nerveuse.

Examen : abdomen : clapotage gastrique marqué, 3 heures après un repas copieux.

Rectoscopie jusqu'à 18 cm.: assez douloureuse, mais aspect absolument normal de la muqueuse, non congestive.

Traitement : entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Dibromotyrosine, Bellergal.

Un lavement par semaine avec Ammunine ou Bis-ka-ma.

4-41. — La malade reste toujours nerveuse. Règles pas très abondantes, mais régulières.

Examen : abdomen, rien à signaler.

Pouls à 80.

Rectoscopie : aspect grenu de la muqueuse et légèrement congestif; pas d'ulcérations, pas de glaires, pas de saignement au contact du tube.

Traitement : Stovarsol, Rhodiacarbine, Bellergal, Rect. acolitol, Ammunine, huile de foie de morue.

15-1-42. — La malade se trouve bien, surtout pendant les règles. A perdu son mari subitement. Règles arrêtées, puis ne revenant qu'avec un retard important, mais grâce à Orex elles sont actuellemnet régularisées, mais très peu abondantes (2 jours au maximum). Bon appétit, pas de troubles intestinaux jusqu'à ces derniers temps ou la malade, travaillant beaucoup, saigne à nouveau au moment des selles, et surtout avant et pendant les règles; a repris de l'Ammunine qui a un bon effet.

Très fatiguée, anxieuse, a des insomnies depuis la mort de son mari.

Examen : rien à signaler.

Pouls : 86. Poids : 73 kilos (à augmenté de 13 kilos depuis la mort de son mari). Bien meilleur état général et nerveux.

Rectoscopie : reprise de l'état congestif hémorragique, avec quelques glaires et quelques caillots de sang.

Continue Orex, Amibiasine, Ammunine, Bellergal, Rhodiacarbine, Rivanolettes, Rect. acolitol, Terpoxyl.

Observation N° 8

M^me^ E..., 49 ans.

31-7-47. — Ménopause il y a 6 à 8 mois sans accident. Aucun passé génital anormal. Une seule grossesse normale il y a 19 ans. Etat général médiocre; étant enfant, jamais d'appétit, parasitose intestinale.

Actuellement, constipation spasmodique, hémorroïdes, beaucoup de gaz par l'anus; ni nausées, ni vomissements. Aucune intolérance élective.

Troubles digestifs depuis 7 à 8 ans, mal traités.

Il y a 3 ans, selles liquides tout à fait impérieuses, au point de ne pouvoir se retenir. Depuis, ce fait se reproduit de plus en plus fréquemment, avec gaz par l'anus, glaires, un peu de sang, peu de matières. Actuellement, diarrhée vraie, avec 10 à 15 selles par jour. Faux besoins avec gaz et « débris de cervelle ».

Femme très maigre (43 kilos pour 1 m. 70 environ).

Intolérance actuelle pour haricots, choux, citrouilles.

Défaillances fréquentes cédant avec un morceau de sucre ou un biscuit.

Depuis quelques jours, crampes violentes dans les membres.

Jamais de céphalée. Douleur entre les deux épaules.

Quelquefois, palpitations; pas de ballonnement épigastrique.

Sécheresse de la bouche. Eczéma séborrhéique.

Très nerveuse, agitée.

Examen : cœur pas trop rapide. T. A.: 12 1/2 - 8.

Abdomen : rien à signaler. Foie normal. Pas de Murphy.

Région anale : hémorroïdes externes flétries.

Toucher rectal : douloureux (mais la malade se contracte).

Rectoscopie jusqu'à 15 cm.: caillots sanguins mêlés de glaires plus ou moins concrétées dans l'ampoule vers 12 cm. sur la face antérieure, petite masse (grosse comme un pois) jaune, non enlevée par le tampon, paraissant de consistance charnue, granulome probable. Muqueuse tout autour très rouge, exulcérée, avec glaires. Lésions d'autant plus marquées qu'on remonte vers le sigmoïde.

Rectoscopie très douloureuse.

Biopsie : granulome, absence de tout signe de transformation maligne.

Selles : ni parasites, ni œufs de parasites.

En 1935, examen de selle : ni pus, ni sang, ni parasites (sauf trichocéphales).

Traitement : entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Amibiasine, Rect. acolitol.

13-8-41. — Effet très bon les premiers jours, mais depuis 2 ou 3 jours garde moins bien le lavement. Retour de selles diarrhéiques. En même temps, très fatiguée, mais se surmène, ennuis.

La malade n'a plus de gaz (par en bas), plus de faux besoins, plus de crampes dans les jambes, plus de douleurs dans les épaules.

A toujours froid aux pieds, été comme hiver. Dort mieux.

Examen : abdominal négatif.

Toucher rectal : toujours très douloureux.

Rectoscopie : douloureuse, plus de polype visible; plus d'ulcérations, mais la muqueuse est très rouge, granuleuse par zones.

Traitement : Salicaire, Terpoxyl, Millepertuis, Rect. acolitol, Carbemetine, entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Amibiasine, Exoseptolix, Rivanolettes, Entéro-vioforme, Bellergal.

1-10-41. — Bon effet de l'Entéro-vioforme. Bellergal donnait crampes dans mollets; une selle chaque nuit, puis au lever 2 à

3 selles; souvent une autre vers midi et l'autre après le repas du soir. Pas de faux besoins.

Selles pâteuses. Grande fatigue du côté du cœur. Insomnie. Bon appétit. Clapotage gastrique (4 heures après-midi).

T.A.: 11-7.

Traitement : Percaïnal, Rivanolettes, Entéro-vousse calcique. Lavement au mucilage et graine de lin à 15 %. Ammunine.

Rectoscopie jusqu'à 15 cm.: toujours très douloureuse. Le polype a à peu près disparu. Mais encore rectit avec exulcérations et quelques fausses membranes.

15-11-41. — La malade allait plutôt mieux, mais, depuis 15 jours, crise hémorroïdaire avec prolapsus ne se réduisant pas. A cause de cela, a dû cesser ses lavements et, depuis, a une dizaine de selles par jour. Après 9 Rivanolettes, n'avait plus que 3 selles par jour.

Quelques crampes nocturnes; vient d'avoir œdème des membres inférieurs. Les gaz s'éliminent plus facilement qu'auparavant, sans donner de faux besoins. Très dyspnéique.

Ballonnement épigastrique.

Traitement: Rivanolettes, Entéro-pansement Delalande, Festal.

Examen de l'abdomen : négatif.

Hémorroïdes externes non congestives, anuscopie: anite hémorroïdaire.

23-1-42. — Au point de vue rectal, nette amélioration, mais toujours persistent les crampes musculaires dans les membres inférieurs.

Toujours beaucoup de gaz par en bas, très fétides. 2 selles par jour, moulées.

Examen abdominal : toujours négatif. Poids : 41 kilos.

Rectoscopie : bien moins douloureuse (jusqu'à l'entrée du sigmoïde); quelques papules dans l'ampoule rectale et dans la partie basse. Dans canal anal; aspect encore granité, très congestif, saignant au contact du tube.

Examen des selles : kystes de tétramitus.

NHg 9,60. pH 6. Oxyures trichocéphales.

Traitement : Entéro-Dausse calcique, Amylodiastase, Septicarbone, suppositoire d'Amibiasine, pilules calmantes, gardénal.

22-4-42. — Une à deux selles pâteuses par jour. Ni sang, ni glaires. Ne souffre plus de l'intestin, n'a plus de pesanteur. Moins de gaz, mais très fétides.

Les crampes ne surviennent que quand on arrête le gardénal.

Faiblesse dans l'articulation du genou, ainsi que des raideurs dans toutes les articulations.

Bourdonnements d'oreille. Sensation de fourmillement au niveau des mains et de doigts morts.

T.A.: 12-8.

Traitement : le même que précédemment, sans suppositoire d'Amibiasine, Angeïol, mais en plus extrait hépatique.

4-6-42. — La malade a fait une petite rechute, non encore guérie actuellement, mais nettement améliorée. Elle a eu jusqu'à 15 selles liquides avec glaires et sang par jour. Douleurs en barre.

Abdomen : point iliaque droit. T.A.: 12-7.

Rectoscopie : muqueuse tachetée de petites pétéchies, de muco-pus, petites exulcérations.

Traitement : recto-pansement au Bis-ka-ma, Entéro-granulé Delalande, Amibiasine, Entéro-vioforme Ciba.

3-10-42. — Selles fréquentes, surtout le soir.

Depuis 15 jours, œdème des membres inférieurs, surtout à gauche. Plus de crampes, plus de gaz.

Examen : œdème bilatéral jusqu'à la partie supérieure du tibia. Cœur et pouls normaux. T.A.: 12-7.

Abdomen : rien à signaler.

Rectoscopie : muqueuse normale, mais très fragile, saignant au contact du tube.

Petite thrombose hémorroïdaire externe.

13-10-42. — Œdèmes des membres inférieurs ont regressé, mais douleurs rhumatoïdes au niveau des pieds.

Lavement au Rivanol, Angeïol, Entéro-Dausse calcique, Salicairine, suppositoire d'Amibiasine.

8-3-43. — Pendant 2 mois, 10 à 20 besoins par jour avec petite

diarrhée; pas de sang. Actuellement, après une amélioration progressive, va à peu près bien. Mais la malade se plaint de crampes nocturnes qui l'obligent à se lever 4 à 5 fois par nuit; ces crampes sont très douloureuses. Les œdèmes ont disparu.

Depuis 2 mois, surdité à droite. Angine. Stomatite. Du côté génital, inflammation des grandes lèvres.

Les lavements étaient irritants (n'en a pris que 2). Salicairine sans grand effet.

Foie : 13 cm. de hauteur. Ballonnement marqué.

Poids : 42 kilos.

Rectoscopie de 7 à 10 cm.: exulcérations et fragilité de la muqueuse.

Traitement : vitamine PP, Entéro-granulé, Amibiasine, Stovanol, Phyto-Java, Festal.

Observation N° 9

Mme D... (A.), 27 ans.

20-7-39. — Depuis un an (naissance d'un enfant), hémorroïdes probables; sang coiffant les selles, brûlures en allant à la selle.

Constipation depuis; ne va que par laxatifs, avec, depuis quelque temps, matières moulées.

Pyélonéphrite gravidique : depuis lumbago, a eu aussi le foie très congestionné.

Supporte mal les sauces, le vinaigre. Très peu d'appétit.

Très nerveuse.

Migraines, douleur à la nuque, asthénie au réveil.

Amaigrissement de 6 kilos depuis un an.

Dort bien. Très instable. Urticaire.

Règles régulières, mais très peu abondantes.

Examen : négatif. Vague Murphy. Pouls : 96.

Rectoscopie : rectite, hémorroïdes.

Traitement : Terpoxyl, Bis-ka-ma, Psyllium, S.N. Bi magnésie, huile d'olive.

27-2-42. — Amélioration progressive, puis cesse le traitement,

sauf l'huile d'olive qui réussit très bien. Puis reprise des hémorragies; voit son son médecin en octobre 39 (qui donne entéropansement Zizine à l'ipéca et lavements); n'est pas améliorée; puis, au bout d'un an, va bien jusqu'il y a 3 mois (ni sang, ni constipation.

Il y a 3 mois, a son bébé écrasé par une auto allemande. 5 à 6 jours après, retour des hémorragies. Constipation (une selle très peu abondante, pâteuse, tous les 2 jours, et 5 à 6 faux besoins par jour. De plus, depuis ces troubles, douleur dans le côté droit (base du thorax) coupant la respiration, survenant brusquement, sans horaire fixe, mais surtout dans la nuit vers 2 heures du matin. Ces douleurs, au bout de 1 heure 1/2, sont calmées par l'application d'un fer chaud; pas de nausées, ni vomissements; pas de migraine, ni urticaire; souffre d'un genou depuis 8 jours; ce genou est globuleux.

Règles irrégulières, mais peu abondantes. Eructations. Pas de dyspepsie hyposténique. Pas de pyrosis, mais boule au cou. Ballonnement généralisé.

Quelques douleurs à la nuque.

Tempérament très anxieux, surtout depuis l'accident.

Examen : abdomen, rien à signaler. Pas de Murphy. Corde colique dans fosse iliaque gauche.

Pouls à 78. Cœur : 2e bruit aortique parcheminé.

Hydarthrose du genou.

Rectoscopie : exulcérations, pus, glaires et sang et écoulement sanieux au-dessus de l'entrée du sigmoïde où l'on ne peut pénétrer, car très enflammé et douloureux.

Traitement : lavement à l'Exoseptoplix, Rect. acolitol, Entérogranulé Delalande, Drainobyl, Stovarsol.

Observation N° 10

M. G..., 44 ans.

30-9-42. — Santé parfaite jusqu'en 1935. Gros mangeur.

De mars 1935 à août 1936, à la suite d'ennuis (divorce), ma-

laise épigastrique, diarrhées avec glaires sanguinolentes, pus et raclure de boyaux. A continué son métier, sauf pendant un mois où il s'est reposé. 15 selles par jour au maximum. Examen de selle aurait été négatif.

Puis disparition des troubles; les selles redeviennent normales (1 à 2 par jour), et cela jusqu'à l'an dernier.

En novembre 1941, tout d'un coup, en sciant du bois, douleur partant du flanc droit, irradiant dans la région lombaire inférieure droite, très violente à ce niveau. Dure 1 mois 1/2, puis s'atténue. Elle n'était pas calmée par le repos, ni exagérée par la marche. Pas d'autres troubles, sans boiterie, puis, après 1 mois 1/2, diarrhée sanglante. 10 à 12 selles, certaines de sang pur. Besoins impérieux et douloureux avec gaz par l'anus. Léger ballonnement abdominal. Sans muco-membranes.

Depuis près d'un mois, anorexie, à la suite d'un accès pseudo-palustre sans sudation, la température persistant depuis par accès à 39°/40°. Vomissements glaireux ou nausées quand l'estomac est vide (a rendu toute la nuit la moitié de la baryte).

Amaigrissement de 9 kilos depuis un mois.

Bourdonnement d'oreilles. Mauvais teint. Asthénie. Vertiges. Urines acajou.

Dort mal, sans cauchemars toutefois. A fait, il y a quelques jours, éruption généralisée, non prurigineuse, actuellement en voie de régression; il reste petites papules légèrement ecchymotiques.

Pas d'autre syndrome hémorragique.

Nie tout antécédent de maladie vénérienne.

Examen : le foie déborde assez largement, dans la portion biliaire; il est indolore.

Reste de l'examen absolument négatif. Poids : 77 kilos.

Cœur : rien à signaler. T. A.: 12-8. Réflexes exagérés. Varicosité aux pommettes.

Toucher rectal : négatif.

Rectoscopie : recto-colite hémorragique avec aspect typique. Muqueuse tomenteuse saignant abondamment. Ulcérations, liquide sanieux s'écoulant par le tube.

Radio : transit à la 9e heure; baryte encore partiellement dans antre pylorique, cœcum spasmé.

Lavement baryté; segment sigmoïde et côlon transverse à bords crénelés.

Traitement : entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Thiazomide, Rivanol, Entéro-granulé Delalande, Uroformine I.V., Ammunine, recto-pansement au Bis-ka-ma, Millepertuis, K. Thrombyl.

Observation N° 11

Mme G..., 25 ans.

16-6-36. — Depuis la puberté, constipation. Puis, alternative de diarrhée et constipation, puis selles dysentériformes, presque toujours sanglantes, avec période d'amélioration et d'aggravation.

Amélioration nette pendant la première grossesse.

Guérison pendant toute la deuxième.

Actuellement, nouvelle poussée, avec amaigrissement.

Ni nausée, ni vomissements, mais douleur à la nuque.

Examen : point solaire douloureux, mais surtout point para-ombilical gauche. Murphy positif.

Rectoscopie : refusée.

Lavement baryté; rien de net, spasme permanent du côlon descendant.

Selles : rien à signaler.

Observation N° 12

Mme B..., 26 ans.

15-1-41. — En 1940, le matin au réveil, colique avec diarrhée, puis nouvelle crise le soir. Les besoins d'aller à la selle augmentant amènent l'insomnie (toutes les 20 minutes). Sang pur (1/2 litre) et quelques matières. Nausées et parfois vomissements glaireux. Pas de température.

Selles sanglantes, puis sanguinolentes de moins en moins fré-

quentes pendant 4 jours. Avec muco-membranes, matières liquides puis mœlena (prenait du bismuth). Depuis, selles régulières, mais douleurs anales un moment après la selle, jamais violentes.

Auparavant, avait un point douloureux para-ombilical droit, surtout après fatigue de bicyclette, le soir et la nuit.

Pas de troubles gastriques.

Quelquefois, congestion de la face et de tout le corps après les repas.

Des crises analogues étaient survenues après chaque repas, pendant une quinzaine de jours, il y a un an. Il y avait eu adénopathie rétro-mastoïdienne.

La malade dort bien, mais est quelquefois réveillée par son point douloureux.

Parfois gaz par l'anus, gargouillements. Bon appétit.

Les règles ont toujours été irrégulières. Aucune grossesse. Mariée depuis 6 ans; quelques temps avant son mariage, état grippal suivi de faiblesse dans les jambes, puis lumbago qui persiste depuis, arrêtant quelquefois toute activité. On aurait trouvé cervicite (la physiothérapie fut mal supportée). Douleurs paravertébrales qui on résisté à traitement. Douleurs ostéo-articulaires, mais soulagées par Thiodacaïne.

Pas de retentissement des règles sur l'appareil digestif, mais, 15 jours avant les règles, fourmillement des doigts.

L'hémorragie intestinale a commencé le 20 décembre, et les dernières règles le 2 février.

N'a pas eu, du coup, ses fourmillements. De même, impression de tension mammaire intermenstruelle qui n'a pas paru non plus fin décembre. N'est pas d'ailleurs revenue depuis.

Pac d'ictère. Non migraineuse. Céphalée par sinusite.

Examen : point épigastrique douloureux. Point iliaque droit très douloureux. Tension et sensibilité de toute la zone sous-hépatique. Foie semble normal.

T.A.: 13-9.

Pouls : 132-128. Léger tremblement des mains.

T.V.: rien à signaler.

Petite fissure anale (à midi) saignant au contact et à la distension.

Rectroscopie jusqu'à 18 cm.: muqueuse congestive, saignant facilement au contact du tube. Quelques glaires jaunâtres comme des glaires de métrite gélatineuses, ne paraissant pas purulentes. Pas d'ulcération.

Selles du 17-12-40: selle sanglante contenant du pus, débris épithéliaux. Pas de bacille dysentérique, pas d'amibes, ni de kystes, ni parasites, ni œufs à l'examen direct, ni après ensemencement.

Radio ancienne : colonne lombaire normale; lavement baryte : rien à signaler.

Traitement : Génésérine, comprimés Emgé, lavement huile de foie de morue + Ammunine. Lavement, recto-pansement au Bis-ka-ma.

Régime : exclure épices, salaisons, café, vin blanc, charcuteries.

1-4-41. — Selles assez normales. Malade plutôt constipée. A saigné une fois, mais, semble-t-il, de la fissure. A eu prolapsus. N'a plus de fourmillements, mais encore un peu de malaise dans les jambes.

Règles normales.

Point para-ombilical de siège variable. Toujours gaz par l'anus, gargouillements. Dort bien. A repris du poids. A toujours froid.

Examen : pouls, 124.

Point de Mac Burney très douloureux en toute position.

Pas de sensibilité sous-hépatique nette.

Rectoscopie : nette amélioration, la muqueuse ne saigne pas au contact du tube.

Fissure, mais indolore. Quelques hémorroïdes.

Traitement : une fois par semaine, recto-pansement au Bis-ka-ma. Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Bellergal, Millepertuis, Génésérine, bromure de sodium.

16-6-41. — N'a jamais plus saigné. Selles régulières. Très peu de gaz.

Point douloureux para-ombilical droit persiste et réapparaît à moindre fatigue.

Examen : toujours Mac Burney très positif. Douleur au point

para-ombilical droit. De même au point iliaque droit et point épigastrique.

Pas de sensibilité sous-hépatique.

Pouls : 112. Poids : 50 kg. 500.

Traitement : Dibromotyrosine.

5-8-41. — Radio : transit digestif : accéléré. Colite spasmodique. Pas d'appendicite chronique radiologiquement appréciable. Le point douloureux para-ombilical droit correspond à une coudure du côlon ascendant. Dibromotyrosine pas plus que les autres calmants d'ailleurs n'ont eu une action nette.

Pouls : 88.

A entre les règles, pas tous les mois, une petite métrorragie depuis plusieurs années.

Traitement : Stal-Koral, pilules calmantes, Orex.

28-12-42. — N'a pas fait le traitement précédent, sauf de temps en temps recto-pansement au Bis-ka-ma. Ne souffre presque plus du point para-ombilical droit (revenant, mais très discret, après certains efforts).

Depuis 6 mois, tiraillement d'estomac. Quelquefois, dès le lever, doit manger. La malade a toujours d'impression d'une pellicule sur la langue.

Réglée très régulièrement. Il y a 3 jours, en même temps qu'arrivaient les règles, comme à l'habitude, apparition de tiraillements après et pyrosis pendant 48 heures.

Impossibilité d'avaler; dès que la malade mange un peu, crampes épigastriques et point rétroxyphoïdien, bien que la malade se contente de lait, de bouillon et de tisane.

Gaz par l'anus. Eructations. Nuit bonne. Poids épigastrique au réveil.

Toujours très nerveuse.

Selles habituellement régulières, mais il y a 15 jours pendant 3 jours; depuis 2 jours ne va pas à la selle.

Toujours point para-ombilical droit et Mac Burney très positifs.

Pouls à 104.

Traitement : potion blanche.

5-1-43. — Potion a calmé. Poids épigastrique vers 16 heures, mais aussi quelquefois au réveil et le soir. Plus de crampes, ni de pyrosis.

Selles redevenues normales.

Rectoscopie (16 cm.) : muqueuse rouge, vernissée, mais ne saignant plus a ucontact, peu sensible, pas de glaires.

Radioscopie : douleur élective au niveau du bulbe. Sur les films, bulbe très mal dessiné, mais sans image caractérsitique d'ulcère, comme sur les films de l'an dernier.

Grosse poche à air soulevant le diaphragme. Bonne évacuation pylorique. Soupçon, mais non affirmation d'ulcère duodénal.

Traitement : Hista Dimilli, Stal-Koral, recto-pansement au Bis-ka-ma, Orex, Paratyrone.

13-4-43. — Effet nul de l'Hista Dimilli et de la Paratyrone.

Depuis 4 mois, souffre quotidiennement et maigrit. Douleur variable d'un jour à l'autre. Au réveil, tiraillement à la gorge, impression de grosse langue; goût sucré constant dans la bouche; gros appétit, puis matinée bonne jusqu'à 11 heures; sensation de faim avec tiraillement le long de l'œsophage; quelquefois contractions œsophagienne. Puis, au repas de midi, en rapport avec la qualité des plats, ou très bien, ou malaise au bout de 10 minutes après sortie de table qui va durer 2 heures. Puis tiraillements recommencent, surtout avec laitage. Bonne fin d'après-midi. Dine avec plaisir, mais quelquefois réveil vers le milieu de la nuit par des tiraillements.

De plus, de façon irrégulière, mais quelquefois toute la journée, 2 points parasternaux droit et gauche, avec douleur plus diffuse dans toute la poitrine.

Selles normales.

Se prétend très asthénique.

Règles normales. Pas de palpitation. Point para-ombilical droit douloureux.

Examen : léger clapotis gastrique (16 h. 30).

Points douloureux para-sternaux correspondant aux articulations sterno-chondrales.

T.A.: 12-7. Pouls : 108.
Corps thyroïde un peu gros.
Poids : 47 kg. 500.
Métabolisme basal : normal.

Observation N° 13

M. C... (A.), 32 ans.

3-11-41. — En avril 1941, coliques et diarrhées. 8 à 10 selles par jour, liquides, sans glaire, ni sang, ni faux besoins. Pas de température. Cela dure 10 jours. Voit son médecin. Tout passe.

Pendant l'été dernier, était en camp de prisonniers où il y avait la dysenterie, mais ne l'a pas eue.

Depuis avril, 3 selles pâteuses par jour, sans coliques.

Il y a 1 mois, brusquement, diarrhée, avec 15 à 18 besoins dont une dizaine de faux. A ce moment, gaz et glaires, pas de sang. Epreintes et ténesme sans colique abdominale. Pas de ballonnement. Gaz par l'anus donnant besoin.

Encore plus d'appétit qu'auparavant.

Besoins surtout de 2 heures à 10 heures du matin.

Amaigrissement marqué, surtout depuis une semaine.

Examen : abdomen ballonné. Aucun point douloureux, sauf au palper, dans la fosse iliaque gauche, en décubitus latéral droit.

Foie normal. Pas de rate.

A voyagé le long de la côte d'Afrique et jusqu'à Buenos-Ayres sans jamais avoir de dysenterie.

Rectoscopie : muqueuse très congestive, ne saignant pas au contact du tube; selle pâteuse et muco-membranes.

Selles : fraîches, glaires et quelques filets sanglants.

Pas parasites.

Pas de colonies de B. dysentérique ou typhique à l'ensemencement.

Traitement: Rhodiacarbine, Stovarsol, entéro-pansement Zizine à l'ipéca, recto-pansement au Bis-ka-ma.

Son frère est atteint de la même affection (observation suivante).

Son frère est atteint de la même affection.

Observation N° 14

M. C..., 27 ans.

13-2-39. — Il y a deux ans, une première poussée de diarrhée sanglante pendant 5 mois ayant paru céder au bout d'un mois de traitement.

Dans l'enfance, tendance à la constipation.

Depuis mars 1937 jusqu'a novembre 1938, état intestinal parfait. Retour des troubles sans cause apparente; diarrhée sanglante (jusqu'à 20 selles par jour) avec selles de glaires seules.

Pas de température constatée.

Au début de cette crise, coliques généralisées violentes, indépendantes du besoin d'aller à selle. Nausée. Vomissements alimentaires non électifs.

Effet du froid sur les crises douloureuses.

Actuellement, ne souffre que très peu. Excellent appétit; a repris du poids. Beaucoup de gaz par l'anus.

Examen : abdoment ballonné, un peu tendu avec fosse iliaque gauche douloureuse.

Rectoscopie : glaires à l'entrée du sigmoïde, parois congestives, sanguinolentes, granuleuses avec quelques fausses membranes.

Selles : examen négatif.

Traitement : Amibiasine per os et en recto-pansement, entéropansement Zizine à l'ipéca, recto-pansement au Bis-ka-ma, Ammunine. Régime large de Savignac.

6-3-39. — Aggravation : 30 à 40 selles par jour, mais pas de sang. Compolon. Entéro-granulé de Delalande. Lavement au Mixiod (7 j.), Terpoxyl (7 j.).

3-4-39. — 6 à 7 selles par jour; pas de glaires, un peu de sang

quelquefois. Beaucoup de gaz par l'anus donnant de faux besoins; ne souffre plus; ni vomissements, ni nausées; appétit irrégulier; migraineux habituel.

Examen : abdomen toujours un peu tendu et ballonné.

Poids : 65 kilos habillé. Foie normal. Pas de rate.

Rectoscopie jusqu'à 15 cm.: parois moins congestives, ne saignant pas au contact du tube; quelques fausses membranes.

Traitement : Terpoxyl, Mixiod.

Extrait perhépatique. S. N. Bi. Festal.

Observation N° 15

Mme H..., 37 ans.

2-3-39. — Constipation rebelle depuis toujours, spasmodique, contre laquelle la malade prend des laxatifs. 2 cures à Châtelguyon dont la première a été parfaite.

A partir de 22 ans, malaise dans le flanc droit plus ou moins marqué à chaque fatigue. Appendicectomie en 1930 avec libération de nombreuses adhérences, angle hépatique accolé, cœcoplicature, résection de l'épiploon adhérent.

Les règles retentissaient sur le fonctionnement intestinal, l'améliorant. Accouchement en 1932.

Depuis, souffre moins qu'avant l'appendicectomie, mais encore légère douleur à droite. Ne peut plus supporter sangle surtout à cause de douleurs dans l'hypocondre droit : a l'impression de quelque chose de dur de ce côté.

Pyrosis et quelques régurgitations alimentaires depuis quelques mois; aucune intolérance alimentaire, mais suit un régime sévère.

Ne peut se coucher sur le côté droit sans être réveillée. Au réveil, mauvaise bouche. Vomissement et nausées exceptionnellement.

Douleur à la nuque. Murphy positif. Gaz par en bas.

En 1937, crise au cours de la cure thermale, avec du sang dans les selles passagèrement.

Actuellement, depuis 8 jours : glaires colorées entre les selles (1/2 tasse à café) ; sang un peu foncé; présence de caillots.

Très constipée en ce moment; a eu 38° 5, avec violentes coliques droites, puis gauches.

Règles moins abondantes depuis quelques mois.

Aucun antécédent pathologique notable.

A l'examen : tout l'abdomen est douloureux : fosse iliaque droite, région vésiculaire, points solaires, fosse iliaque gauche. Paroi chiffon.

T. A.: 13 - 7 1/2.

Rectoscopie : présence d'hémorroïdes avec, en plus, recto-sigmoïdite érythémateuse, avec un peu de sang perlant.

Selles : rares kystes de lamblias. Assez nombreux œufs d'oxyure et de trichocéphales.

Traitement : avait mal supporté l'Agocholine. Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Exobol, Bellergal, recto-pansement au Bis-ka-ma, Belladone. Régime large de Savignac.

27-7-39. — A saigné jusqu'à la fin mai. La belladone donne de la mydriase très accentuée et bouche sèche. Ne va à la selle que tous les 2 jours avec lavement et millepertuis donné avec le recto-pansement au Bis-ka-ma.

Toujours des douleurs à la nuque. Toujours des gaz. Migraine.

Brûlures épigastriques presque quotidiennes vers 11 heures et 17 heures.

Abdomen toujours très sensible, surtout à droite.

Rectoscopie : impossible.

Selles : très acides de fermentation. Pas de lamblias. Œufs de trichocéphales.

Traitement : entéro-baume magnésie, Stal-Koral. Chaleur sur le côté droit. Drainobyl ou huile d'olive.

Observation N° 16

M. A..., 52 ans.

16-6-42. — Pendant l'hiver dernier, quelques ballonnements épigastriques. Pas d'autres troubles. Depuis 3 mois, tous les jours,

crises plus ou moins fortes revenant aux mêmes heures. Réveil parfait; petit déjeuner pris avec appétit, comme d'ailleurs tous les autres repas. Déjeuner vers 6 h. 30 / 7 heures. Crise vers 9 heures. Douleurs sous le rebord costal gauche, remontant vers le cœur, avec un peu la sensation d'étau, s'irradiant dans l'aisselle et l'omoplate gauche; dure de 1/4 d'heure à 1 heure, puis passant d'elle-même. Pendant la crise, éructations et surtout gaz par l'anus. Avait très bon appétit. Crises plus fortes après frites, haricots, choux, vin pur. Ballonnement au moment de la digestion, puis vers 4 à 5 heures; crise le matin pendant 1 heure à 1 h. 1/2, sans vomissements, ni nausées. Pas de crise le soir, ni la nuit.

Tendance à la constipation, avant selles régulières.

Il y a 17 ans, avait, pendant 15 jours à 3 semaines, souffert tous les après-midi de l'épigastre, et il y a 3 ans, pendant 15 jours, dans l'après-midi, douleurs précordiales.

Gros amaigrissement. Pas d'autres maladies antérieures.

Très sobre. Aucun antécédent familial. Fumeur.

Foie ptosé, mais normal. Tension épigastrique. Aucune douleur au palper. T. A.: 14-8.

Le reste de l'examen est négatif.

Radio : gros ulcère probablement perforé, bouclé sous le cardia sur le versant post de la petite courbure.

Traitement : potion blanche, Hista-Dimilli.

Poids : 56 kg. 500.

15-7-42. — L'Hista-Dimilli a calmé progressivement en une semaine, puis les douleurs sont revenues quand on a pris les gouttes, à la fin de la potion et maintenant ne souffre plus; mais depuis, selles fréquentes et peu abondantes.

Bon appétit. Pas de ballonnement.

Examen clinique : mêmes signes que le mois précédent.

Rectoscopie jusqu'à 25 cm.: grosse inflammation avec quelques pétéchies et liquide sanieux abondant. Ni ulcération, ni bourgeon.

Radio : la niche paraît avoir augmenté de volume. Grosse quantité de liquide de stase empêchant de voir la niche debout,

car elle est très haute; évacuation pylorique moins bonne qu'au premier examen.

Traitement : Entéro-Vioforme, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, recto-pansement au Bis-ka-ma.

Reprendre potion blanche, plus le traitement de la recto-colite.

Opéré le 30-7-42 : énorme niche bouchée par foie et pancréas.

Observation N° 17

due à l'obligeance de M. le Professeur Dupérié.

Y... R., 31 ans.

Le malade entre à l'hôpital le 12-8-41 pour diarrhée avec sang dans les selles.

Le début de la maladie semble remonter au mois de juillet 1940. A ce moment, le malade a eu de la diarrhée avec du sang et on trouve des amibes dans ses selles. On lui fait du Stovarsol, du Bismuth Tulasne, de l'emetine, de l'huile camphrée, du sérum glucosé. En septembre, il est tellement fatigué que l'on pratique une transfusion. A la fin de septembre, il est guéri, mais on continue le traitement au Bismuth et au Stovarsol.

Depuis le début de juillet 41, il a eu a nouveau des selles liquides sanglantes, 2 à 3 par jour. De plus, amaigrissement et perte des forces. Comme son état ne s'améliore pas malgré le traitement (Bismuth et Stovarsol), il se décide à entrer à l'hôpital.

Rien à signaler dans les antécédents.

Examen le 14-8-41.

Malade à assez bon faciès. Muqueuses peu décolorées. Malade amaigri. Pas de température.

Appareil digestif : Langue propre. Bonne denture. Bon appétit.

Le foie déborde de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Rate percutable.

Gargouillement au niveau de la fosse iliaque gauche.

Autres appareils : Rien à signaler.

Le malade continue à souffrir ; les recherches parasitologiques dans les selles ont été deux fois négatives.

Rectoscopie : Muqueuse congestive, hémorragique. Pas d'ulcérations ni de fausses membranes.

Traitement : 1° Lavement au chlorure de magnésie ; autohémothérapie (8 injections); — 2° Lavement à l'ammunine ; injections intra-musculaires de Sterandryl.

Sort en état de guérison au début octobre, avec une selle quotidienne et normale. Mais depuis un mois, il y a toujours un peu de sang qui suit la selle. Dans la nuit qui a précédé la première selle lors de la poussée actuelle, sudation extraordinaire (a dû se changer 3 fois; matelas traversé) sans température. Puis, pendant 3 jours, céphalée pour la première fois de sa vie.

8-6-42. — Rectoscopie jusqu'à 25 cm. : Dans le sigmoïde, quelques petites ulcérations éparses, saignant légèrement, quelques fausses membranes. Dans l'ampoule rectale, muqueuse congestive dans l'ensemble, lésions très marquées dans la partie haute du canal ano-rectal saignant abondamment et de couleur framboise.

Traitement : Suppositoires d'Amibiasine. Recto-pansement Biskama. Lavement d'Ammunine. Entéro-granulé Delalande.

Entre à nouveau à l'hôpital le 20 juin 1942.

Depuis 15 jours, 3 semaines, à nouveau sang rouge non mélangé aux matières, survenant à la fin de la défécation. Après celle-ci, douleur à l'anus et dans le rectum.

Depuis 10 jours, 3 à 4 selles molles, rouges, peu de glaires (semblables à du blanc d'œuf).

Parfois céphalée frontale, nausées.

Cette crise est en somme semblable aux autres, mais moins forte et s'accompagne d'anorexie.

Examen : Bon état général. Appétit diminué depuis quelques jours. Langue un peu sabburale.

Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Rate percutable.

Dans la nuit du 28 au 29 juin, malgré un traitement de 5 jours à l'amibiasine, le malade fait des selles sanglantes qu'il ne peut retenir.

Traitement : 1° Pansements rectaux à l'antipyrine, puis à l'ammunine, puis au rhatania.

2° Amibiasine *per os* en comprimés.

3° Aroscorbine en injection intra-veineuse.

29-6-42. — Les selles sont au nombre de 5 ou 6 par 24 heures, toujours sanglantes. On pratique des injections intra-veineuses d'Hémorragine.

1-7-42. — Le malade, jusque là laissé à un régime normal, est mis à la diète. Injections d'émetine. K.-Thrombyl *per os*.

Les émissions de selles sanglantes deviennent moins nombreuses. Le malade maigrit et s'anémie.

3 transfusions sanguines à 3 jours d'intervalle.

La recherche des parasites dans les selles est toujours négative.

7-7-42. — On institue un traitement antianémique.

2 ampoules d'heparmone intra-musculaire par jour.

Injections intra-musculaires de Sterandryl.

9-7-42. — Hématies : 2.860.000 ; Leucocytes : 16.800 ; Hémoglobine : 50 à 55 %.

13-7-42. — On fait de l'autohémothérapie.

14-7-42. — Le malade a considérablement maigri et pâli. Il est très fatigué. 3 à 4 selles au minimum par 24 heures, parfois 5 ou 6 avec chaque fois du sang rouge ; elles sont toujours liquides. Pas de glaires.

2.340.000 hématies ; 5.200 leucocytes ; 50 % d'hémoglobine.

Devant la persistance de cet état hémorragique, on décide pour le lendemain la création d'un anus iliaque. Sur ces entrefaits, pour la première fois, le malade fait une selle moulée noirâtre, avec melœna, mais exempte de sang rouge. On surseoit à l'intervention.

Depuis lors, une amélioration semble se dessiner, moins de selles et moins sanglantes. L'état général semble se relever.

9-8-42. — L'amélioration se confirme peu à peu, l'anémie régresse.

Hématies : 3.820.000 ; Leucocytes : 7.200 ; Hémoglobine : 65 %.

Les selles restent encore au nombre de 2 à 4 et souvent sanglantes, bien que moins qu'auparavant, elles sont très volumineuses.

On administre des ferments lactiques.

Injection intra-musculaires de corps jaune tous les 2 jours.

Examen des selles : toujours négatif.

25-8-42. — Amélioration nette. Les selles sont parfois encore un

peu sanglantes et molles et contiennent quelques glaires. Le malade pèse 47 kg.

2-10-42. — Le malade a gagné près de 10 kg. en 40 jours. Il semble guéri.

Rectoscopie : Muqueuse rectale sensiblement normale. Un léger piqueté congestif subsiste.

Exeat le 5-10-42.

Le malade, après avoir été bien pendant quelques mois, a fait au printemps une nouvelle poussée très grave, hospitalisé à Libourne, puis à l'hôpital St-Louis à Paris, dans le service du Docteur P. Bady. Après avoir été mis en observation, notamment auprès du Docteur P. Chêne, assistant de gastro-entérologie de ce service, un anus iliaque aurait été pratiqué. Nous ne connaissons pas son état actuel.

Observation N° 18

due à l'obligeance du Docteur Lavial.

Mlle C..., 24 ans.

Le début de la maladie remonte à 4 ans environ. A ce moment, crises de gastralgies a paroxysmes post-prandiaux avec coliques violentes. Alternatives de constipation, de diarrhée et de fausse diarrhée (matières dures, segmentées ou semi-molles enrobées d'exsudats muco-sanguinolents). Ces périodes de poussées sub-aigues de colite ont une durée variable assez courte en général, n'excédant pas 10 jours.

Le début des troubles fut aigu, à type dyssenterique, sub-fébrile et dura un mois environ. La malade était alors en communauté et avait un régime strictement végétarien. Ne pouvant supporter ce mode d'existence, elle rentre chez elle.

En poussée aigue, la malade va de 10 à 15 fois à la selle par jour, au début de la matinée elle évacue des matières, aux selles suivantes des glaires. Quelques faux besoins. Sensation de brûlure dans le flanc gauche.

La malade a été réglée à 13 ans, mais souffre un peu avant et pendant ses règles qui sont très peu abondantes. A ce moment, elle doit s'aliter et rester à la diète, sinon elle à des nausées et des vomis-

sements. L'intestin fonctionne mieux dans les 10 jours qui précèdent les règles, puis est troublé dans les 2 derniers jours de leur apparition.

A 10 ans, la malade a eu une adénite mastoïdienne suppurée qui dura 10 mois. Vers 15 ans, la malade était très anémiée et eut des troubles digestifs. Vers 18 ans, elle maigrissait de 5 à 10 kg. au printemps, qu'elle reprenait l'hiver suivant. A 20 ans, a souffert de l'estomac, maigrissant de 15 kg., repris 2 ans après et reperdus progressivement depuis 18 mois.

Aurait un oncle tuberculeux et un grand-père mort de tuberculose.

Voit son médecin pour la première fois il y a 2 ans environ.

A l'examen : Torticolis congénital. Kératocone bilatéral avec myopie et astigmatisme en voie d'aggravation. Fond d'œil normal.

Développement statural et pondéral insuffisant, ne correspondant pas à son âge (24 ans). Légère anémie. Cyanose discrète des lèvres.

Ventre plat, sensible dans toute la région colique gauche et colo-transverse gauche.

T. A. : 12-7.

Rectoscopie impossible, paraissant due à une rétroversion utérine. On pénètre jusqu'à 10 cm. : la muqueuse est normale.

La radioscopie pulmonaire faite à 3 reprises ne donne rien à signaler.

Les autres appareils sont normaux.

B. W., Meinicke, Kahn et Hecht sont négatifs, bien que la malade soit suspecte d'hérédo-syphilis.

3 examens de selles : 2 négatifs ; dans le dernier : présence d'œufs d'ascaris.

Traitement : Bismuth, Belladone, Laudanum, Salicaire, Charbon, E.P.Z.I., Néopansement Tulasne.

Pas d'amélioration.

Le traitement d'épreuve à l'émétine associée au solucamphre, donne de fortes réactions inflammatoires et collapsus cardiaque après chaque injection. On cesse à la 5e. Aucun résultat.

Autre traitements : Alunozal, Rhodiacarbine.

Le 22 juillet, Stovarsol à 0,30 pendant 7 jours, puis Mixiod et E. P. Ipéca.

4-9-42 (en consultation chez M. le Professeur agrégé Dubarry). —

Examen : Bord inférieur du foie sensible dans la région vésiculaire.

Rectoscopie : jusqu'à 15 cm. où l'on est bloqué par une compression extrinsèque, la muqueuse est congestive, mais sans lésions nettes de recto-colite hémorragique.

Selles : rien à signaler.

7-10-42. — La malade a 4 à 8 selles par jour purulentes, malgré un excellent état général. A engraissé de 2 kg.

Lavements sulfamidés. Sulfamides buccaux. Coreïne. Néopancarpine. Ammunine.

2-11-42. — Même état. Collargol : 15 centigrammes par jour. Gynoestryl. Gonadormone. Aucun effet sur les règles.

21-12-42. — Chloramine Freyssinge. Sédobrol. Geneserine. Enteromucine. Vitagar (amène une poussée de constipation spasmodique).

6-1-43. — Constipation opiniâtre. La malade fait 8 à 10 selles muco-sanguinolentes sans matières.

Pilules avec calomel, belladone, aloïne, collargol. Sedobrol.

2-2-42. — Poids 47 kg.

Auto-hémothérapie (12 injections). Suppositoires d'héroïne et belladone.

Aucun résultat. On propose de traiter la malade par des lavements à base de vitamine A, elle refuse et veut se faire opérer. La malade qui souffre énormément (coliques, brûlures, 8 à 12 selles purulentes par jour) demande l'intervention.

20-2-42. — Laparotomie sus et sous ombilicale. A l'ouverture, intestin et côlon d'aspect normal, un peu spasmé, utérus anteversé et mobile. Annexes normales. Pendant qu'on réduit l'anteversion exagérée, on peut faire sans difficulté une rectoscopie jusqu'à 30 cm. On note une ulcération de 1 cm. de diamètre, superficielle et souple à la jonction recto-sigmoïdienne, et à 25 cm. 3 petites ulcérations en grain de millet. Muqueuse un peu rouge autour des ulcérations, saignant facilement au contact, mais normale dans les autres régions.

La malade ayant eu une importante hémorragie 15 jours avant l'intervention, souffrant de son côlon gauche et transverse, présentant des ulcérations sigmoïdiennes, on préfère à une iléosigmoïdostomie, qui irait en territoire malade, un anus sur la partie moyenne du

transverse, en canon de fusil, permettant ainsi le traitement des lésions.

Aussitôt après cette opération, l'état général se modifie, la malade perd sa cyanose des lèvres, son teint grisâtre d'intoxiquée et son appétit revient. Elle ne souffre pour ainsi dire plus.

Par le bout gauche de l'anus, on fait de petits lavements au nitrate d'argent à 1/4000 avec quelques gouttes de laudanum, puis des lavements avec une cuillerée à café d'ammunine pour 20 cc. d'huile de colza. La malade a 2 selles par le bout droit avec quelques mucosités et reste parfois 3 ou 4 jours sans évacuer le bout inférieur dérivé.

Cette amélioration dure 2 mois environ, au cours desquels on fait une série de Sulfarsénol.

Un jour, en faisant son pansement, la malade dont le psychisme est mal équilibré, manipulait de la soude caustique et en laissa tomber une parcelle dans le bout droit de l'anus. Elle réussit à l'extirper, mais il se produisit une escarre, puis des hémorragies en nappe accompagnées de fortes coliques.

Après un mois et demi de soins locaux, elle présente une ulcération semi-circulaire de 5 cm. environ avant la terminaison de l'anus droit ; la paroi intestinale est indurée, très douloureuse, mais il n'y a pas de rétrécissement.

Traitement : Injections à la sonde de 15 cc. d'huile goménolée à 5 % par les bouts droits et gauche de l'anus artificiel. Lavements à base de vitamine A.

On continue la cure de sulfarsénol.

Observation N° 19

M. Y..., 26 ans.

22-10-41. — Prisonnier jusqu'en novembre 1940. En août, état dysentérique sans température avec 10 selles au maximum par jour (traitée au camp par des comprimés). Selles essentiellement glaireuses, très peu de sang, grande constipation en même temps, ténesme. Au bout d'un mois, 1 à 2 selles par jour, normales. Epidémie de dysenterie dans le camp.

Rentre à Bordeaux en novembre, va très bien. Pendant l'hiver, de

temps en temps, sang rouge vif, peu abondant. Constipation, ou plutôt impression de ne pas se vider complètement. Pas d'amaigrissement.

En juin, inappétence, sang coiffant les selles, quelques glaires et matières moulées? retour de faux besoins, douleurs violentes dans tout le bassin.

Voit un chirurgien qui, voulant traiter ses hémorroïdes, constate à l'anuscope de la rectite. Examen de selles négatif. Carbotropine.

Aucune amélioration, sauf douleurs qui ont cessé ; 5 ou 6 épreintes par jour. Puis voyage : va mieux, sauf sang dans les selles qui persiste.

27-12-41. — Il y a 15 jours, fait une petite angine, 39°4, syndrome méningé : 41 lymphocytes, 1,10 d'albumine, 7,60 de NaCl. On donne du Néo-coccyl. Tout rentre progressivement dans l'ordre. Mais les premières selles ont été purulentes : valeur de 2 verres. Puis les selles sont redevenues normales, mais toujours sanglantes comme avant, sans faux besoins.

Congénitalement un peu sourd, l'est nettement davantage depuis sa méningite.

Avait perdu 12 kg. sur son poids de retour de captivité.

Depuis 2 jours, inappétence, vomissements alimentaires.

Embarras gastriques fréquents dans l'enfance.

Opéré de hernie à 12 ans.

Examen : légère sensibilité de la zone vésiculaire.

Rectoscopie : petites hémorroïdes congestives ; jusqu'à 15 cm. : muqueuse très congestive, tapissée de pus crémeux, saignant au contact du tube avec exulcération. Muqueuse cartonnée empêchant de pénétrer dans le sugmoïde.

Selles : rien à signaler.

27-12-41. — A de temps en temps des poussées herpétiques. N'avait pas remarqué la coincidence des poussées d'herpès et des poussées colitiques, sauf la dernière fois.

Le traitement n'avait pas fait disparaître complètement les entérorragies.

Examen : point vésiculaire douloureux.

Eczéma des cuisses et des mollets ; a eu de toutes petites vésicules prurigineuses.

Rectoscopie jusqu'à 22 cm. : Dans le sigmoïde, aspect vernissé, vaisseaux saillants et dilatés. 3 à 4 petites exulcérations dans l'ampoule rectale. Dans le canal anal, vers 7-8 cm. : exulcérations, congestion et plaques diphtéroïdes crémeuses.

Traitement : Amibiasine, Terpoxyl, Ammunine, Auto-hémothérapie.

16-2-42. — Reprise progressive des troubles. Sang, pus et muco-membranes dans les selles.

Traitement : Lavement aux sulfamides. Acide ascorbique, etc.

16-7-42. — Reprise des hémorragies, momentanément atténuées par quelques jours de traitement à la Rhodiacarbine.

Asthénie très marquée.

Examen : Côlon gauche segmentairement spasmé.

Rectoscopie : haut du rectum congestif, portion basse du rectum et supérieure du canal anal : ulcérations, larmes de sang, muco-membranes, pus crémeux.

Traitement : Myxiod, Stérandryl, K-Thrombyl, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca.

7-3-43. — La vitamine K a eu un effet miraculeux ; dès la première injection, arrêt du pus et diminution du sang qui a disparu à la troisième injection.

Depuis, se trouve absolument normal.

Examen : Foie normal, mais légère sensibilité dans la région vésiculaire.

Rectroscopie : Muqueuse un peu fragile et granuleuse dans l'ampoule.

Traitement : Caparlem. Une injection de K-Thrombyl tous les 15 jours. Entéro-granulé, Romarene.

Observation N° 20

M. F..., 34 ans.

4-8-36. — Début il y a 3 ou 4 ans. Diarrhée par période. Lait et laitages mal supportés, de même aliments glacés.

Maigrit au cours des poussées.

4 à 5 selles liquides, surtout le matin, avec glaires et au début il y avait du sang.

Examen : Corde colique. Points iliaques. Foie légèrement sensible.

Rectoscopie : Sigmoïdite non ulcéreuse ; glaires, mucosités, état congestif très marqué.

Traitgment : Amibiasine locale et comprimés. Millepertuis. Entéro-pansements Zizine à l'ipéca. Mixiod. Stovarsol.

Examen de selle : Pas d'amibes ni de kystes amibiens.

Pas de parasites ni œufs de parasites à l'examen direct, ni après enrichisssment.

30-8-36. — Après traitement, très amélioré, surtout par les comprimés d'amibiasine, une seule selle non liquide. Plus de glaires, un peu de sang dans une selle il y a 2 jours.

Ballonnement intestinal et quelquefois barre transversale.

Examen : Corde colique. Bord inférieur du foie sensible. Cœcum sensible et gargouillant.

Rectoscopie : Aspect encore très congestif de la muqueuse rectale et de l'entrée du sugmoïde. Saignottement au contact du tube.

Traitement : Recto-pansement au Bis-ka-ma. Millepertuis. Entero-vioforme. Amibiasine. Rhodiacarbine. Stovarsol.

2-12-36. — Traitement régulièrement suivi pendant 6 semaines, impression de guérison jusqu'à fin novembre.

Depuis 8 jours, à la suite d'ingestion d'oie, reprise des douleurs en barre et de la diarrhée, 3 à 4 selles pâteuses, rosées. Gargouillement à droite.

Examen : Foie encore sensible. Ballonnement épigastrique postprandial. Corde colique. Cœcum sensible.

Rectoscopie : Rectite avec suintement sanguinolent.

Hormantoxone. Chophytol. Recto-pansement au Bis-ka-ma. Amibiasine. Entéro-pansement Delalande. Rivairol à 0,25.

Observation N° 21

M. P..., 40 ans.

6.-11-42. — Selles : assez nombreux kystes de lamblias, rares œufs d'oxyures et de trichocephales.

Depuis 3 ans, chaque année, crises diarrhéïques en septembre, mais moins importantes que cette année. Le reste du temps, selles normales Petite douleur du côté du foie. Pas d'intolérance alimentaire.

Actuellement : éructation, lenteur de la digestion. Mais ni nausées, ni céphalées. Asthénie. Insomnie.

Examen : Abdomen, rien à signaler.

Rectoscopie (jusqu'à 15 cm.). — Rectocolite typique avec petechies denses dans l'ampoule, exulcérations, état congestif framboisé, fausses membranes, œdème.

Traitement : Ammunine. Quinacrine. Stovarsol. Entero-vioforme. Recto-pansement au Bis-ka-ma. Amibiasine.

10-12-42. — Nette amélioration. 4 selles en moyenne par jour, avec quelques filets de sang. Dyspepsie hyposthénique très ancienne avec ballonnement. Tachyphagie. Les forces reviennent. Bon sommeil. Reprise de poids. Fond de teint toujours jaune.

Rectoscopie (jusqu'à 15 cm.) : Nette amélioration dans l'ampoule rectale, mais en haut de cette ampoule et dans la portion explorée du sigmoïde, encore des exulcérations, du pus crémeux, du sang.

Traitement : Entéro-granulé. Ammunine. Rivanolettes. Festal. Extrait hépatique.

Depuis 20 ans, périodes de malaises épigastriques quotidiens, précoces, avec ballonnement ,avec diarrhée acide, durant 15 jours.

8-5-43. — Rechute depuis une quinzaine, avec début par pesanteur épigastrique. Hier et avant-hier, douleur violente sous-hépatique l'obligeant à s'étendre. Crises de sudations nocturnes intense (le malade doit changer de linge vers 2 heures du matin). Grands frissons. Pas de température constatée. Perte de poids et des forces.

Examen : Foie indolore. Sans doute est-ce l'angle colique droit qui est responsable des crises du flanc droit. Hernie épigastrique.

Rectoscopie jusqu'à 12 cm. : Muqueuse avec exulcérations et enduit purulent crémeux, hémorragies au contact.

Traitement : K-Thrombyl, lavement à l'Exoseptoplix, Amibiasine, Thiasomide. Entéro-granulé.

Observation N° 22

M. I..., 56 ans.

7-9-42. — Pendant la guerre de 1914, a eu des hémorragies rectales isolées de sang rouge vif, qui se sont depuis reproduites à diverses reprises. La dernière fois, il y a 3 ans. Grande anémie.

Depuis 15 jours, a souffert tous les jours. La crise débute vers 18 à 19 heures (crampe épigastrique irradiant dans les flancs), elle dure jusque vers 3 heures du matin. Ne boit ni ne mange dans l'intervalle. Pendant la crise, selles tous les quarts d'heure avec glaire sanguinolente. Gaz par l'anus. Parfois vomissement aqueux, acide ou amer.

De tout temps, le malade a eu tendance à la diarrhée.

Urine très abondante. Ethylique. Fumeur.

Examen : Très mauvaise denture. Le lobe gauche du foie est perçu vers l'appendice xyphoïde. Le foie est de volume normal. Pas de tension nette des muscles Grand-Droit. T. A. : 11 1/2-7.

Rectoscopie : Muqueuse un peu congestive. A 17 cm. arrêtée par un liquide glaireux légèrement sanguinolent.

Radioscopie : Estomac hypertonique. Hyperkinétique s'évacuant très vite, retourné sur lui-même, sensibilité maximum au niveau du bulbe. 9 heures après toute la baryte est évacuée.

Selles : pas de parasites. Traces de stércobiline.

18-9-42. — Arrêt des crises douloureuses. Mais la diarrhée a persisté avec sang abondant, sauf pendant 48 heures où les selles furent moulées et dépourvues de sang (après Arhémapectine et chlorure de calcium).

Reste au régime lacté.

Traitement : continu la potion blanche. Entéro-granulé Delalande.

Extrait hépatique concentré. Recto-pansement au Bis-ka-ma. Entéro-pansement Zizine à l'ipéca.

Lavement baryte : Distension du rectum avant que la baryté ne puisse pénétrer dans le sigmoïde, spasmé, à bord d'aspect déchiqueté, ainsi que certains segments du descendant et du transverse.

Rapide intolérance à la baryte.

Observation N° 23

Mme Br..., 26 ans.

11-12-41. — Bonne santé jusqu'à ces 3 dernières années, sauf tendance à la constipation. Règles régulières très douloureuses, devenues insuffisantes depuis le début de la maladie.

Un jour (il y a 3 ans environ) sans raison apparente : coliques abdominales généralisées, avec température à 39°-40°. Un mois après, pendant la convalescence, quelques filets de sang avec des glaires sont mélangés aux selles. Puis aggravation progressive, 2 à 3 selles vraies par jour et 10 à 15 selles de sang pur.

Amaigrissement de 12 kg. en 3 ans. Poids actuel : 51 kg.

Quelques vertiges, dypsnée, lipothymies. De temps en temps petits vomissements bilieux sans horaire.

Examen : Teint très mat. Signes hépato-biliaires. Légère sensibilité dans la fosse iliaque gauche.

Pouls à 80.

Rectoscopie : Rectite avec nombreux petits caillots, petites muco-membranes sanguinolentes ; exulcérations. Sigmoïde normal.

Traitement : Entéro-pansement Zizine à l'ipéca. Amibiasine. Recto-pansement Bis-ka-ma. Ammunine.

26-2-42. — En même temps que sa poussée hémorragique, a eu des vomissements bilieux fréquents.

Insomnie du fait des nombreuses selles nocturnes sanglantes (10 à 12).

Règles inexistantes.

Se trouve très bien depuis 4 à 5 jours.

Examen : rien à signaler. Pouls 88. T. A. : 11-7 1/2.

Rectoscopie : Dans le canal anal, quelques exulcérations et quelques petits caillots.

Traitement : Campolon. Oestrobrol. Bellergal. Romarene. Ammunine. Terpoxyl. Stal-Koral. Rect. Acolitol.

30-3-43. — Après Oestrobrol, règles devenues plus abondantes, indolores. Depuis 3 ou 4 mois, oxyures. Bon état jusqu'en janvier où les selles hémorragiques réapparaissent. La malade avait depuis des mois de gros ennuis conjugaux.

Examen : abdomen, rien à signaler.

Rectoscopie : Lésions, exulcérations localisées à la partie haute du canal anal et à la partie basse de l'ampoule.

Traitement : Aux médicaments précédents, on a ajouté le K-Thrombyl.

Observation N° 24

M. D... C., 34 ans.

15-11-38. — A fait son service militaire au Maroc en 1925-26. A eu 2 jours une diarrhée dysentériforme traitée par du bismuth. Depuis ce moment, 3 ou 4 fois par an, il a de la température pendant 2 ou 3 jours et de la diarrhée : 3 à 4 selles pâteuses, sans syndrome dysenterique.

Il y a 4 ans, perte subite de l'appétit, selles pâteuses ; il prend de l'huile de ricin qui déclenche l'état dysenterique : l'examen des selles pratiqué alors fut négatif au point de vue parasites.

Cette crise aigue a duré 15 à 20 jours, avec 15 à 18 selles et « crachats dysenteriques » plus ou moins sanguinolents. Depuis, il a toujours plus ou moins saigné, mais jamais très abondamment. Poussée fébrile à type inverse : 38° le matin.

Amaigrissement progressif, surtout depuis 3 mois. Très mauvais moral actuel.

Insomnie. Céphalée. Lumbago. Au réveil, mauvaise haleine et mauvaise bouche.

Ni fumeur, ni éthylique. B. W. : négatif.

Examen : Sujet très amaigri, anémique. Rien à signaler par ailleurs.

Rectoscopie : Muqueuse exulcérée, granuleuse, saignante, avec fausses membranes dans la portion supérieure du rectum et l'entrée du sigmoïde.

Lavement baryté : rien à signaler. — Scopie pulmonaire : négative.

Entéro-pansement Zizine à l'ipéca. Recto-pansement au Bis-ka-ma. Ammunine. Amibiasine. Extrait hépatique. Rivanolettes. Torantil.

Observation N° 25

Mme S..., 55 ans.

16-8-38. — Tempérament constipé. Il y a 5 ans, cystite. Les troubles vésicaux ont été très améliorés par le traitement de la constipation.

Faux besoins depuis un an. Quelques glaires. Depuis 4 ans, hémor-

ragies intestinales de plus en plus fréquentes et abondantes. Sang rouge en allant à la selle ou au cours de faux besoins.

Asthénie. Amaigrissement : 6 à 8 kg. en 3 ans.

Rectoscopie : Hémorroïdes très congestives. Rectum normal. Entrée du sigmoïde nettement visible, mais impossible de faire pénétrer le rectoscope : à 13 cm., plicature du côlon, circulaire, mais petite, masquée par des glaires sanguinolentes. Aspect congestif de la muqueuse à ce niveau.

Le 31 août 1938, sigmoïdectomie et anus artificiel provisoire (pas de néo).

29-12-38. — Rectoscopie (jusqu'à 12 cm.) : glaires, muqueuse saignant au contact.

Traitement : Terpoxyl. Recto-pansement Bis-ka-ma.

11-2-39. — Rectoscopie : toujours diaphragme spasmodique à l'entrée du sigmoïde ; une glaire muco-purulente au-dessus.

Morte d'infarctus intestinal probable pour rétablir le transit colique normal (mai 1939).

Observation N° 26

M. G..., 44 ans.

14-9-42. — Depuis plusieurs années, petites coliques avec selles normales. Très bon appétit, bien qu'intolérance pour les épices et les salaisons.

Quelques cauchemars.

Depuis l'hiver 1940-41, aux premières restrictions, amaigrissements subit de 6 kg. Météorisme. Selles sanglantes et glaireuses. Puis poids stationnaire. Craignant un néoplasme, on fait une laparotomie : pas de néo.

A l'examen des selles, on trouve des lamblias. On traite par l'émétine. A la suite de ce traitement, le malade saigne moins, mais reste très fatigué. On fait de la Quinacrine et du Stovarsol. Malgré tous ces traitements, aucune amélioration, au contraire, les selles sont plus nombreuses, certaines afécales, de sang noir. Aurait aussi des oxyures.

Examen et toucher rectal : rien à signaler.

Rectoscopie : Arrêté à l'entrée du sigmoïde, on ne peut préciser par quoi. Muqueuse rouge, glaires sanguinolentes.

Lavement baryté : segment dentelé sur quelques centimètres, au niveau de l'anse sigmoïde, mais celle-ci est parfaitement souple et indolore au palper.

Nouvelle rectoscopie (à 14 cm.) : Muqueuse saignant au contact du tube. La paroi semble cartonnée. Rectoscopie très douloureuse.

Nouvel examen de selles : pas de lamblias.

Traitement : Amibiasine, Rivanolettes, Entéro-granulé Delalande, Ammunine, Recto-pansement au Bis-ka-ma.

Le 16-11-42. — Examen : Foie de 16 cm., indolore. Rien à signaler par ailleurs.

Nette amélioration dès la première semaine. Maintenant, le malade ayant cessé la médication, le sang revient légèrement. Crise hépatique. Amaigrissement de 1 kg.

2 à13 selles par jour (au lieu de 12 à 15 auparavant).

Rectoscopie : Exulcérations recouvertes d'enduit diphtéroïde dans l'ampoule. Saigne au contact du tube. Impossible de pénétrer dans le sigmoïde. Hémorroïdes congestives.

Traitement : Lavement à l'Exoseptoplix, Ammunine, Festal, Entéro-granulé, Extrait hépatique concentré, Amibiasine, Rivanolettes.

4-1-43. — Très nette amélioration. Plus de sang, encore quelques faux besoins et, de temps en temps, quelques muco-membranes. A encore maigri de 700 grammes. Lombalgies fréquentes. Bon appétit. Moins fatigué.

Examen : Foie 15 cm.

Rectoscopie : Ecoulement de pus légèrement sanguinolent. Encore quelques placards couverts de muco-membranes diphtéroïdes, mais le rectoscope peut pénétrer sans douleur dans le sigmoïde. On ne peut rien voir à cause de l'abondance du pus.

Traitement Lavement à l'Exoseptoplix une semaine sur deux, alternés avec Millepertuis, Ammunine, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Thiazomide, Entero-vioforme, Extrait hépatique.

18-3-43. — Encore des muco-membranes et des gaz par l'anus. Gain de poids (3 kg.).

Examen : Foie 13 cm. 1/2.

Rectoscopie : On ne peut pénétrer dans le sigmoïde qui est masqué par des glaires légèrement purulentes.

OBSERVATION N° 27

M. G..., 46 ans.

28-8-41. — Vient pour troubles intestinaux remontant à un an avec diarrhée glaireuse et sanglante.

En 1917, à Salonique, paludisme et dyssenterie. Depuis G... se porte bien, sauf de loin en loin où il a une petite crise diarrhéïque avec selles liquides contenant des glaires et des filets de sang. A eu quelques petits accès fébriles avec frissons et sueurs jusqu'en 1937. En juillet 1940, crise diarrhéïque débutant comme les autres, mais persistant. L'examen coprologique est négatif quant aux parasites.

Amaigrissement de 20 kg. environ.

Urines parfois un peu rouges. Lumbago. Cauchemars nocturnes : zoopsie, précipices, etc. Le malade nie tout éthylisme.

Examen : Le foie paraît petit (aérocolie de l'angle droit probable). La rate est percutable. Tout le bord inférieur du foie est douloureux, mais le maximum est au niveau de la zone biliaire. Cadre colique douloureux dans l'ensemble.

T. A. : 11-7. Réflexes augmentés.

Rectoscopie (jusqu'à 12 cm.) : Muqueuse très congestive, avec glaires sanglantes et exsudat purulent. Douleurs quand on enfonce le tube.

Traitement : Campolon, Amibiasine, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Recto-pansement au Bis-ka-ma, Terpoxyl, Millepertuis.

12-9-41. — Coliques abdominales presque aussi fortes et aussi fréquentes qu'auparavant. N'a plus du tout saigné.

Foie nettement moins douloureux. Côlon gauche encore sensible

T. A. 12-7.

Traitement : Romarene, Rect. Acolitol, Terpoxyl, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Millepertuis, Rhodiacarbine.

16-10-41. — Le sang est revenu deux fois. Le malade ne peut plus garder le lavement, ne va à la selle qu'une fois par nuit, mais souffre beaucoup. A encore maigri de 2 kg.

Examen : Foie insensible, paraît petit. Côlon iliaque douloureux et spasmé. T. A. : 12-8.

Rectoscopie jusqu'à 15 cm. : Muqueuse très congestive, avec

exsudat diphtéroïde peu dense, saignant au contact du tube, exulcérations.

Traitement : Rivanolettes, Campolon, Carbemedine Montagut, Suppositoires d'Amibiasine, Recto-pansement au Bis-ka-ma.

13-11-41. — Se trouve bien du traitement actuel. Une selle tous les matins au lever, assez consistante. Toujours beaucoup de gaz par l'anus. Dort mieux. Moins asthénié.

Rectoscopie : Muqueuse tapissée de carbemetine ; en enlevant au tampon la muqueuse apparaît congestive, mais pas d'exulcérations. Nette amélioration.

Traitement : Entéro-vioforme, Rivanolettes, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Campolon, Terpoxyl, Millepertuis, Rect. Acolitol.

16-12-41. — Gain de poids de 500 grammes. Selle bien moulée.

Foie normal. T. A. : 11-7. Corde colique de la fosse iliaque gauche à l'hypochondre.

Rectoscopie : Muqueuse à peine plus rouge que normalement.

Traitement : Terpoxyl, Rect. Acolitol, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Festal. Régime élargi.

4-3-42. — A maigri de 2 kg. 2 selles par jour bien moulées. Mais le malade est plus fatigué et souffre de douleur péri-ombilicale constamment depuis 10 jours, sauf lorsqu'il est étendu et immobile. Gaz par l'anus.

Examen : Petite hernie ombilicale, grosse comme une lentille.

Rectoscopie jusqu'à 18 cm. : Très bon aspect, encore un peu rouge.

Traitement : Entéro-granulé Delalande, Campolon, Cytomanganol.

13-5-42. — Le malade a repris 1 kg. Une à deux selles normales par jour. Beaucoup de gaz par l'anus. Dort bien.

Examen : Hernie peu douloureuse. Côlon spasmé dans la fosse iliaque gauche.

Rectoscopie : Muqueuse un peu congestive.

Traitement : Rivanolettes, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Rect. Acolitol.

7-8-42. — Bon état dans l'ensemble, mais poussées de fermentation à chaque écart de régime.

Rectoscopie jusqu'à 12 cm. : Etat inflammatoire, avec quelques petites exulcérations.

Traitement : Elixir parégorique, Rivanolette, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Festal, Cytomanganol, Campolon, Stovarsol, Mixiod.

14-11-42. — Petite poussée fin août avec un peu de sang. Depuis, de temps en temps, quelques coliques légères. Reprise des forces. Diarrhée actuelle.

Rectoscopie jusqu'à 16 cm. : Exulcérations avec exsudat diphtéroïde dans tout le rectum, mais non au delà.

Traitement : Ammunine, Entéro-granulé, Elixir parégorique, Amibiasine.

16-2-43. — Amélioration dans l'ensemble, sauf petites coliques de temps en temps. Ni sang, ni glaires, ni faux besoins.

Foie : 11 cm. Corde iliaque légère, un peu sensible.

Rectoscopie jusqu'à 15 cm. : Muqueuse plus congestive que normalement. 2 petites exulcérations vers 8 cm.

Traitement : Recto-pansement au Bis-ka-ma, Entéro-granulé.

Observation N° 28

Mme F..., 37 ans.

26-1-39. — Depuis 2 ans 1-2, troubles plus ou moins réguliers, mais sans répit, durant 2 à 3 jours ; éructations, malaise épigastrique, douleurs ceinturantes, avec maximum à droite, quelquefois à gauche. Point douloureux au niveau de l'omoplate droite. Léger pyrosis.

A midi : bon appétit, mais la malade ne peut supporter le vin pur, les acidités, les épices, les sauces. Les troubles réapparaissent quelquefois immédiatement après le repas, plus souvent une heure après. Ils sont toujours calmés par la magnésie bismurée.

Bonne digestion. Bonne nuit.

Constipation habituelle, plus marquée après la seule grossesse remontant à 13 ans. Ou chapelet de scyballes ou selles rubannées avec râclure de boyaux, avec quelquefois aussi du sang rouge vif et des glaires.

Depuis quelques mois, la malade a des faux besoins pour expulser quelques râclures de boyaux.

Règles normales sans aucune action sur le tube digestif.

Antécédents : Typhoïde il y a 17 ans ; diphtérie (sans albumine). Opérée le 6-1-39 d'apendicectomie. Salpingo-ovarite scléro-kystique : traitée par cautérisation. Dolichosigmoïde.

Apparition de selles purulentes.

Rectoscopie : Enduits purulents et zone ulcéreuse par place. Rectoscopie douloureuse à partir de 14 cm.

Examen général et de l'abdomen : rien à signaler.

Traitement : Dagenan, Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Recto-pansement au Bis-ka-ma, Exobol, Protargol 1/200, puis à 1 %.

6-4-39. — Disparition presque complète des membranes, des faux besoins, du sang. Mais encore un peu de pus.

Douleurs variées latéro-thoraciques, coccygiennes à certains mouvements.

Examen abdominal : rien à signaler.

Rectoscopie : Nombreuses plaies un peu purulentes, mais pas de pus épais comme auparavant. Muqueuse fragile, saignant en nappe au contact du tube ; on ne voit pas d'ulcérations.

Traitement : Exobol, Terpoxyl, Mixiod, Rhodiacarbine.

12-3-43. — Très nette amélioration. Selles régulières. Encore quelques malaises épigastriques et quelques douleurs coccygiennes, mais bien moindres.

Règles normales. Examen abdominal : normal.

Rectoscopie jusqu'à 25 cm. : Muqueuse congestive, mais ne saignant pas au contact. Présence d'une petite glaire purulente dans l'ampoule rectale.

7-6-43. — La malade va à peu près bien. Les selles sont normales, à condition de prendre toujours quelque médicament (Exobol notamment).

Règles normales. Pouls à 80. Légère nervosité. Un certain éclat du regard. Poids stationnaire.

Examen abdominal : rien à signaler. Excellent état général.

Rectoscopie jusqu'à 15 cm. : Muqueuse un peu rouge, mais ne saignant pas au contact.

Traitement : Stal-Koral.

Observation N° 29

M. S..., 50 ans.

23-2-43. — Depuis l'âge de 18 ans, poussées de diarrhées avec coliques épigastriques.

En avril 42, plusieurs selles sanglantes à l'occasion de l'une de ces poussées.

Au début décembre, poussée bronchitique, avec petits crachats hémoptoïques(en a eu beaucoup à diverses reprises, et de nombreux examens ont toujours fait rejeter la tuberculose pulmonaire).

Nouvelle selle sanglante hier au soir et aujourd'hui 2 selles sanglantes.

2 ans en Afrique du Nord. Pas de dysenterie. Jamais d'examen de selles.

Examen : Abdomen, rien à signaler, sauf corde sigmoïdienne.

Toucher rectal : Polype fibreux en battant de cloche en haut du canal ano-rectal. A l'anuscope : dent de chat très allongée.

Rectoscopie (22 cm.) : Caillots dans l'ampoule rectale et aussi tapissant la paroi, ainsi que du sang plus rouge ; mais après avoir enlevé les caillots, pas d'ulcération. Le sang ne vient pas du polype fibreux. Il semble qu'en enfonçant le rectoscope, on fasse remonter du sang dans le sigmoïde, mais qu'à 20 cm. il n'y en ait plus. Muqueuse pleurant du sang? ou vient-il de plus haut?

Une nouvelle rectoscopie : Toujours sang épais sur muqueuse rectale.

Selles : Pas de parasites.

Lavement baryté, Dolicho-Mégacôlon léger : évacuation complète, ni état spasmodique, ni image pouvant évoquer un polype.

Traitement : Stovarsol, Recto-pansement au Bis-ka-ma, Psyllium, Entéro-granulé, Stal-Koral, Amibiasine, Ammunine.

4-5-43. — Le sujet va bien.

Observation N° 30

M. B..., 65 ans.

9-3-39. — Il y a 4 à 5 ans, hypertrophie prostatique douteuse, mal traitée. Depuis, de temps en temps, glaires, légèrement sanglantes depuis 2 mois seulement.

Légère tendance à la constipation.

Traité il y a 2 mois pour aérophagie.

Pas de sang (sauf un jour). Douleur dans le bas-ventre parfois.

Amaigrissement de 800 grammes en 15 jours.

Appétit habituel. Tachyphagie.

A toujours eu des gaz par l'anus et éructation (qu'il soignait en prenant du charbon).

Autrefois, vertiges gastriques et même syncopes, liés à de petits troubles digestifs. N'a jamais pu se permettre un bon repas.

Douleur très ancienne et très légère de la région hépatique.

Service militaire en Algérie ; a eu les fièvres.

Examen : Abdomen légèrement sensible, bord inférieur du foie et surtout région vésiculaire sensible.

Rectoscopie (23 cm.) : Quelques exulcérations saignant au contact du tube, sans fausse membrane ni glaire.

Traitement : Recto-pansement au Bis-ka-ma, S. N. Bi., Protargol, Rhodiacarbine.

Observation N° 31

Mme P..., 22 ans.

9-12-41. — Bien portante jusqu'en février 41, où elle a accouché normalement. Mais le lendemain, saigne en allant à la selle.

Pendant la grossesse, varices des membres inférieurs, avec œdèmes malléolaires ; a eu un peu d'albumine.

Depuis lors, à chaque selle, un peu de sang, puis depuis 2 mois, selles de sang pur 3 à 4 fois par jour, avec quelques faux besoins, avec une selle normale par jour, mais enrobée de sang. Quelques poussées de diarrhée glaireuse.

Cet été, une diarrhée dysentériforme, avec 8-10 selles par jour a précédé les hémorragies ; une nouvelle poussée diarrhéïque récente a ramené depuis 8 jours d'abondantes hémorragies.

De plus, tenesme et coliques abdominales, parfois violentes. Beaucoup de gaz par l'anus ; 39° avant-hier.

A 16 ans, diphtérie avec hématurie, puis albumine.

Gros amaigrissement.

Examen abdominal : négatif. Pouls à 55. Pâleur. Hémoglobine : 80 %.

Rectoscopie : Petite ulcération au bas de l'ampoule rectale ; petits caillots de sang au delà de 16 cm. Suite du tube douloureux à enfoncer. Muqueuse rosée, d'apparence normale dans cette zone.

Selles semi-pâteuses.

Pas de parasites.

Lavement baryté : Sigmoïdite spasmodique segmentaire.

Règles : revenues au cinquième mois après l'accouchement, quand a cessé la lactation ; depuis, elles sont normales, un peu abondantes.

Traitement : Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, , Recto-pansement au Bis-ka-ma, Millepertuis, Ammunine dans une décoction de farine de lin, Amibiasine.

Observation N° 32

M. G..., 28 ans.

5-4-39. — Tendance habituelle à la constipation.

Depuis décembre 38, fatigue, inappétence, coliques.

Au début du mois de mars, crise douloureuse abdominale violente. Douleur transversale. Depuis, toujours de la diarrhée, avec selles glaireuses pures, mais depuis 10 jours, présence de sang.

Mauvais état général. Amaigrissement. Insomnies.

Assez fragile du côté pulmonaire.

Examen : Sujet à aspect fatigué, anémié. A eu 39° un jour. Abdomen normal, ni gros foie ni grosse rate. Poumon : auscultation, rien à signaler.

Rectoscopie (jusqu'à 14 cm.) : Muqueuse épaisse, impression de paroi cartonnée, dans la lumière glaires et sang.

Lavement : négatif, sauf possibilité de distension.

Traitement : Entéro-pansement Zizine à l'ipéca, Stal-Koral, Terpoxyl, Recto-pansement Bis-ka-ma.

4-5-43. — Le malade n'a paraît-il plus eu de troubles intestinaux.

Observation N° 33

Mme D... E.

27-3-43. — Depuis 3 mois, faux besoins avec évacuation de sang. Amaigrissement.

Opérée en 1939 d'un figrome. Une seule grossesse. Crises d'appendicite dans la jeunesse.

Toute sa vie, sujette à des poussées d'entérite (surtout au printemps) sur un fond de constipation.

Examen : Ballonnement abdominal. Impression de masse dans le flanc droit ayant vaguement un contact lombaire.

Toucher vaginal : rien à signaler, sauf que le doigt ramène un peu de sang.

Rectoscopie jusqu'à 22 cm. : Canal anal framboise, très congestif. Dans l'ampoule rectale et le début du sigmoïde : glaires tapissant la muqueuse avec exulcérations au dessous. Plus haut, muqueuse vernissée et congestive.

Selles : nombreux kystes d'entamœba coli.

Traitement : Thiazomide, Stovarsol.

17-4-43. — 3 à 4 faux besoins par jour, avec glaire et sang.

Examen : Ballonnement masquant complètement la matité hépatique. On n'a plus l'impression de masse dans le flanc.

Rectoscopie jusqu'à 15 cm. : Dans la portion inférieure du sigmoïde et dans le haut de l'ampoule rectale, muqueuse pâle, vernissée. Dans la portion inférieure de l'ampoule et dans le canal anal, aspect typique de recto-colite hémorragique avec exulcérations, enduits diphtéroïdes, suintement sanglant au contact.

Traitement : Lavement à l'Exoseptoplix, K-Thrombyl, Laroscorbine, Salicaire, Entéro-granulé, Ammunine, Entéro-vioforme.

24-5-43. Saigne abondamment.

Rectoscopie : Ulcération vers le haut du canal, glaires purulentes dans le sigmoïde.

Traitement : Lavement à l'Exoseptoplix, Thiazomide, Amibiasine, K-Thrombyl.

Nous avons exposé nos 33 observations personnelles en étudiant les antécédents, le terrain sur lequel ont évolué ces recto-colites hémorragiques pour voir si, de ce faits personnels, nous pouvions tirer des conclusions conformes à l'étio-pathogénie actuelle.

Sur 33 cas, il y a 16 hommes et 17 femmes.

Ages extrêmes : des hommes, 26 et 65 ans; des femmes, 13 à 55;

Age moyen : des hommes, 41 ans; femmes, 32 ans.

Nous relevons 4 cas (observations n°s 3, 15, 21, 26) de lambliose et 4 cas d'oxyurase (observations n°s 7, 15, 21, 26).

2 cas avec présence d'amibe dysentérique (observations n°s 1 et 17).

Nous trouvons 2 ulcéreux (observations n°s 21 et 22) et 2 sujets porteurs de hernie épigastrique (observations n°s 21 et 27).

Faut-il voir là une simple coïncidence ? Faut-il admettre un facteur étiologique commun entre ulcère gastro-duodénal et recto-colite hémorragique ?

Est-on en droit de penser que des tiraillements du plexus nerveux, déterminés par une hernie épigastrique, peuvent jouer un rôle dans le déclenchement des recto-colites comme ils semblent en jouer un dans l'étiologie de certains ulcères ? Ce sont là des questions que nous soulevons sans pouvoir y répondre.

Chez les hommes, le contexte clinique est habituellement pauvre, en dehors d'une constipation assez fréquente et quelquefois d'une insuffisance hépatique.

est habituellement pauvre, en dehors d'une constipation assez fréquente et quelquefois d'une insuffisance hépatique.

Un fait pour le moins curieux et l'atteinte de 2 frères (observ. n°s 13 et 14).

Par contre, chez la femme, on note souvent des troubles des règles (surtout hypoménorrhées), l'influence (habituellement heureuse) des grossesses.

La plupart de nos malades sont des névropathes, plutôt des sympathico-toniques, parabasedowiennes (observations n^{os} 4, 5, 7, 9, 12), et le rôle des facteurs émotifs, soit à l'origine de certains cas, soit pour déclencher certaines poussées, est indéniable (observations n^{os} 8, 9, 10, 23).

Trois femmes (observations n^{os} 4, 5, 6) ont été hystérectomisées, et ce facteur déclenchant paraît aussi particulièrement à retenir.

CONCLUSIONS

1° Avec Rachet, nous concevons la recto-colite hémorragique comme « une maladie de long cours atteignant le côlon en partie ou en totalité, prédominant toujours à sa surface et à sa terminaison, évoluant par poussées successives entrecoupées de rémission, engendrant, au moment de ces poussées, un syndrome hémorragique; cette affection, dont les causes nous sont encore inconnues, est l'expression clinique d'une maladie diathésique dans laquelle les réactions vasculaires jouent le rôle essentiel ».

Peut-être, cependant, Hillemand a-t-il raison en comprenant d'autres symptômes dans la définition même de la recto-colite hémorragique. En l'absence d'étiologie bien définie il est difficile de fixer le cadre nosologique précis et définitif de cette affection;

2° Cependant, l'anatomie pathologique, surtout depuis l'étude des biopsies en série pratiquées par Rachet et Delarue, vient confirmer la notion d'une maladie autonome plutôt que d'un syndrome appartenant à plusieurs affections;

3° De même, au travers des formes cliniques d'allure très différentes, certains caractères se retrouvent, imprimant à cette affection une physionomie bien spéciale : évolution par poussées, résultats de la rectoscopie, dualité entre hémorragie et purulence;

4° Malgré tout le mystère qui règne encore sur les chapitres de l'étiologie et de la pathogénie, il semble qu'ici encore il y ait une certaine unité.

Il existe, à peu près toujours en effet, un terrain névro-

pathique et endocrinien (surtout dysovarien chez la femme), des troubles hépato-biliaires, de la constipation et de la parasitose qui facilitent l'action de causes déclenchantes telles que le facteur émotif ou des modifications hormonales;

5° Au milieu de la multiplicité des traitement préconisés, tenant à ce qu'aucun n'est vraiment efficace, certains paraissent, cependent, avoir un effet plus heureux et, d'après notre propre expérience, nous pensons que les extraits endocriniens, l'opothérapie hépatique, la vitamine K quelquefois, la vitamine A en lavement, la transfusion sanguine, les sulfamides per os et locaux, les pansements locaux, sont ceux qui déçoivent le moins dans une telle affection où le caprice de l'évolution permet bien difficilement de se faire une idée exacte sur l'effet des médicaments.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
P. MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 15 juin 1943
L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur
Recteur de l'Académie,
André LIRONDELLE.

Guzy.

BIBLIOGRAPHIE

ANTOINE (Ed.). — Thèse, Paris, 1919.

— « Les recto-colites graves. Leur traitement », *La Médecine*, décembre 1925.

— « Le traitement local de quelques affections du rectum et du côlon gauche. Les pansements recto-coliques » (*Concours Médical*, 10 mai 1936, n° 19, p. 1463-1469).

ARNAUD. — « Un cas de recto-colite hémorragique guéri par la méthode de Whipple » (*Maroc Médical*, 1930, n° 10, 15 nov., p. 361).

AUFOURE (J.). — « Comment déceler et traiter une recto-colite hémorragique » (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 27-28, 2-9 juillet 1938).

BARGEN (J.-A.). — « Experimental studies on the etiology of chronic ulcerative colites » (*J. Amer. med. ass.*, n° 5, 3 août 1924).

BENSAUDE, RACHET et MASSOT. — « La recto-colite hémorragique » (*Les maladies de l'intestin*, 4° série, Masson, 1939).

BUIE et BARGUEN. — « Colite ulcéreuse » (*J. of Amer. med. ass.*, 1933, 101-2, p. 1462).

BUTTIAUX et SEVIN. — « Sur l'étiologie des colites ulcéreuses » (*Echo méd. du Nord*, 15 mars 1936, n° 11).

CAIN, BENSAUDE et RACLET. — « La recto-colite hémorragique et son traitement » (*Progrès médical*, 12 mars 1938, n° 11).

CAUFMAN. — *L'atteinte hépatique dans les recto-colites ulcéreuses graves*, thèse, Paris, 1937.

CHAPUY. — « Recto-colite hémorragique évoluant depuis 7 ans guérie par un traitement désensibilisant » (*Lyon Médical*, 31 mars 1935).

CHENE (M.-P.). — « La recto-colite hémorragique » (*Arch. app. digestif*, n° 1-2, janvier-février 1942).

CHENEY (G.). — « Injections of highly concentrated liver extract in treatment of idiopathic ulcerative colitis » (*Arch. of intern. med.*, T. 63, nº 65, mai 1939, p. 813-829).

CHIRAY et BAUMAN (J.). — « Colite et anaphylaxie » (*Paris Médical*, 1or avril 1933, p. 299).

COSTE (J.). — Thèse, Paris, 1937.

Congrès de gastro-entérologie de Bruxelles, 1935.

Congrès des colites à Plombières.

CREYX (M.), MASSIERRE (R.) et MORETTI (G.). — « Colite gauche hémorragique. Guérison actuelle par la vitamine A » (*Journal de Médecine de Bordeaux*, nº 9-10, 4-11 mars 1939).

DAVIDSON. — « L'infantilisme dans la colite ulcéreuse » (*Arch. of Inter. Med.*, t. 64, nº 6, déc. 1939, p. 1187-1197).

JONG (J.-J. DE). — « La colite ulcéreuse chronique non spécifique » (*Documentaire Méd.*, oct. 1935).

HYVADE (D'). — « Traitement des recto-colites » (*La Médecine moderne*).

HILLEMAND (P.). — « Les recto-colites graves de causes indéterminées » (*Revue Médicale Française*, p. 667-672).

HILLEMAND et GENEVRIER. — « A propos des recto-colites graves d'origine indéterminée » (*Arch. app. digestif*, nº 1-2, janvier-février 1942).

Journal de Thérapeutique Français. — « Comment traiter une recto-colite ulcéro-hémorragique cryptogénétique ».

— « Le traitement des recto-colites hémorragiques et purulentes ».

KORBSCH. — « Guérison d'un cas de colite hémorragique grave par l'hormone folliculaire » (*Munchener Med. Wochens*, a 82, nº 32, 9 août 1935).

LARDENNOIS. — « A propos du traitement chirurgical des colites ulcéreuses non spécifiques » (*Mém. Académie de Chirurgie Paris*, t. 62, nº 10, 18 mars 1936).

LYON (G.). — « Les recto-sigmoïdites » (*Bulletin Médical*, 15 janvier 1936).

MASCHAS et MOLLARD. — « La place des recto-colites hémorragiques en pathologie générale » (*Presse Médicale*, 18-21 déc. 1940, p. 1047 à 1049).

MARIE (J.) et LEDOUX-LEBARD (G.). — « Recto-colite hémorragique chez un enfant. Caractère familial de l'affection » (*Arch. app. digestif*, n° 6-7, sept.-oct. 1942).

MOGENA. — « Le facteur allergique dans les colites » (*Arch. app. digestif*, n° 1, janvier 1933).

MOUTIER (F.). — « Sur un cas de recto-colite avec anasarque et ascite. Intolérance aux sulfamides » (*Arch. app. digestif*, n° 1-2, janvier-février 1942).

OURY et STIEFFEL. — « La rectite hémorragique » (*Paris Médical*, n° 79, 1er oct. 1938).

PARCELLIER et CHENUT. — « Sur un cas d'entéro-typhlo-colo-rectite gangréneuse » (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bx*, n° 17, 28 avril 1935).

PAPOVICI (J.-P.). — « L'insuffisance hépatique et la colite ulcéreuse grave » (*Gazette médicale de France*, 1933, n° 20, 15 nov. ; *Cahiers de gastro-entéro*, n° 6).

RACHET (J.). — « Les recto-colites ulcéreuses de cause inconnue » (*Paris Médical*, a. 26, n° 14, 4 avril 1936, p. 291).

— « Traitement des rectites » (*Les thérapeutiques nouvelles. Clinique thérapeutique médicale de la Pitié*).

— « Les recto-colites ulcéreuses et hémorragiques »)*Semaine des Hopitaux de Paris*, 15 mars 1935).

RACHET et ARNOUS (G.). — « Conceptions pathogéniques sur les recto-colites hémorragiques et purulentes » (*Arch. app. dig.*, n° 5, mai 1938, p. 519 à 527).

RACHET et BUSSON (A.). — « Le traitement des recto-colites ulcéreuses par la vitamine A » (*Paris Médical*, n° 14, 6 avril 1936, p. 308).

— « Comment concevoir la recto-colite hémorragique de cause inconnue » (*Arch. app. digestif*, n° 6-7, sept.-oct. 1942).

RACHET et COSTE. — « Les recto-colites ulcéreuses cryptogénétiques » (*Revue de Médecine*, juillet 1935, n° 7).

RAMOND (L.). — « Recto-colite ulcéro-hémorragique cryptogénétique » (*Petite cliniEue de la Presse Médicale*, n° 17, 26 févr. 1938).

RATHERY, DUPERRAT (F.) et MASCHAS. — « Colite ulcéreuse hémorragique » (*Bul. et Mém. de la Société médicale des Hopitaux de Paris*, 24 mars 1939, n° 11).

SABRAZES (G.). — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 3 avril 1938, n° 14 et n° 47, 21 nov. 1937.

SAVIGNAC (R.). — *Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum* (Masson, édit., 1937).

— « A propos de la recto-colite chronique hémorragique de cause inconnue » (*Arch. app. digestif*, n° 6-7, sept.-oct. 1942).

SAVY (P.). — *Traité de thérapeutique.*

SAVY, CHAPUY (A.) et GIRARD (M.). — « Recto-colite hémorragique évoluant depuis 15 ans et ayant cédé à un traitement désensibilisant » (*Lyon Médical*, a. 67, n° 40, 6 oct. 1935, p. 404).

SOULLARD (J.). — Thèse, Paris, 1941.

SURMONT et BUTTIAUX. — « Les colites ulcéreuses » (*Echo Méd. du Nord*, 19 juillet 1936, n° 29).

VALETTE. — Thèse, Montpellier, 1938.

VILLENEUVE. — Thèse Montpellier, 1940.

WELKER (A.). — « La colite ulcéreuse au point de vue chirurgical » (*Nederlandsch Tidjchrift voor Geneeskande*, t. 84, n° 15, 13 avril 1940, p. 1400 à 1408).

IMPRIMERIE BIÈRE

18, RUE DU PEUGUE, BX. 1943